

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

© 2015 М.М. Мамурова, Ш.А. Рузиева, Ш.С. Олланова,
С.З. Хакимова, А.Т. Джурабекова

Самаркандский Государственный медицинский институт

Таянч сўзлар: Артериал гипертензия, сурункали цереброваскуляр касалликлар, ёшлар.

Keywords: arterial hypertension, chronic cerebrovascular disease, young age.

ЁШ БЕМОРЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ СУРУНКАЛИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИКЛАРДА КЕЧИШИНИНГ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

ДЭ ни клиник кўринишлари орасида когнитив функциялар бузилиши катта аҳамиятга эга. Когнитив дисфункциялар намоён бўлиши асосий қон томир кассаллигининг оғирлик даражаси ва босқичига боғлиқ ҳолда, минимал дисфункциялардан то деменция даражасигача кўтарилиши мумкин. АГ I, II даражаси ва ЭАГ билан оғрийдиган ўрта ёшли беморларда когнитив бузилишларни тарқалиши куйдагича: ДЭ I босқичи текширилган касалларни 1/3 қисмидан кўпроғида, ДЭ II босқичи эса 2/3 қисмидан кўпроғида аниқланди. ЭАГ сабабли келиб чиққан ДЭ II босқичи АГ фонида келиб чиққанига нисбатан когнитив бузилишлар анча кўпроқ кузатилди. Сурункали цереброваскуляр касалликларнинг асосий намоён бўлиш шаклларида бири эмоционал бузилишлар ҳисобланади.

CLINICAL NEUROLOGICAL FEATURES OF CHRONIC CEREBROVASCULAR DISEASE DUE TO HYPERTENSION IN YOUNG PATIENTS

М.М. Mamurova, S.A. Ruzieva, S.S. Ollanova, S.Z. Hakimova, A.T. Djurabekova

Among appearance of DE has main meaning of cognitive functional destruction, expressed which can be overcome from minimal dysfunctions to dimension stage depending on stage process and main vascular diseases. Spreading of cognitive destruction in young aged patients, who are suffering from AH I and II stages and EAH on the I stage of DE have been found in more than 1/3 examined patients, on the II stage of DE is more than 2/3 examined patients. In patients with DE in the II stage, determined EAH CD were been more than in this stage patients' with the AH. Main appearance of chronic cerebro-vascular diseases is emotional distraction.

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для состояния здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему [Скворцова В.И., 2009; Суслина З.А., 2008, 2009; Захаров В.В., 2009; Fleming S., Kopelman M.D., 2009].

В структуре цереброваскулярных заболеваний значительный вес имеют хронические формы сосудистых поражений головного мозга, которые в отечественной литературе традиционно трактуются как дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) [Ощепкова Е.В., 2009; Камчатнов П.Р., 2010].

Патогенез ДЭ обусловлен недостаточностью мозгового кровообращения в относительно стабильной форме или в виде повторных кратковременных эпизодов дисциркуляции, которые могут протекать бессимптомно или проявляться клинически. В условиях хронической гипоперфузии мозга механизмы компенсации истощаются, энергетическое обеспечение мозга становится недостаточным, в результате чего сначала развиваются функциональные расстройства, а затем и необратимые диффузные морфологические изменения мозга. Все это приводит к клиническим проявлениям хронической ишемии в виде субъективной и объективной симптоматики, возникающей из-за нарушения корково-стриарных и корково-стволовых связей.

В настоящее время, все больше внимания уделяется менее тяжелым КН. Это отражает современную тенденцию оптимизации максимально ранней диагностики и терапии когнитивной недостаточности [Левин О.С., 2010; Захаров В.В., Локшина А.Б., 2009; Катунина Е.А., 2010, 2011; Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., 2011].

Хронические цереброваскулярные расстройства развиваются постепенно, и пациенты часто обращаются за медицинской помощью в период, когда возможности лечения уже ограничены. Диагностика на ранних стадиях существенно увеличивает шансы успешности профилактических и терапевтических мероприятий, что является социально важной задачей для профилактики ДЭ, инвалидизации населения, мозговых инсультов, сказывающейся на продолжительности и качестве жизни [Чуканова Е.И., 2010, 2011].

Несмотря на многочисленные исследования, проблема течения и исходов различных клинических вариантов хронической ишемии мозга не имеет однозначного решения, не существует единых критериев оценки состояния больных, как в периоде клинической дестабилизации, так и на этапе реабилитации [Воробьева О.В., Тамарова Е.С., 2010; Максимова М.Ю., 2011]. Имеется достаточное количество исследований, посвященных диагностике и лечению цереброваскулярной патологии у пациентов пожилого возраста, в то время как данная проблема у молодых пациентов освещена недостаточно.

Цель исследования: изучить клинико-неврологические особенности хронических цереброваскулярных заболеваний, обусловленных АГ, у пациентов молодого возраста.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 145 пациентов с АГ, из них 45 человек - с АГ I степени (при АД 140/90 - 159/99 мм рт. ст.), 100 человек - с АГ II степени (при АД 160/100 - 179/109 мм рт. ст.) и 105 пациентов - с ЭАГ (при АД ниже 100/60 мм рт. ст. в возрасте 25 лет и моложе, АД ниже 105/65 мм рт. ст. в возрасте старше 30 лет). Средний возраст больных с АГ I и АГ II степени составил $38,3 \pm 0,45$ года. Средний возраст больных с ЭАГ составил $35,9 \pm 0,56$ года.

Все больные были разделены на две группы в зависимости от состояния артериального давления (АГ и ЭАГ) и степени выраженности дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ I и ДЭ II). Среди больных с АГ диагноз дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) I стадии был установлен у 48 (33,1%) человек, ДЭ II стадии - у 97 (66,9%) человек. Среди больных с ЭАГ диагноз ДЭ I стадии был установлен у 38 (36,2%) человек, ДЭ II стадии - у 67 (63,8%) человек. В обеих группах преобладали больные с ДЭ II стадии в возрасте 36-45 лет (59,3% и 50,5% соответственно). Наименьшее количество больных с дисциркуляторной энцефалопатией отмечено в обеих группах в возрасте 18-25 лет (9,6% и 12,5% соответственно). И если при ДЭ, обусловленной АГ, мужчин и женщин было практически поровну (51% и 49%), то в группе больных, где ДЭ была обусловлена ЭАГ, статистически достоверно ($P < 0,001$) преобладали женщины (93,3% и 6,7%).

Все пациенты прошли комплексное обследование, при этом использовались следующие методы: стандартный клинический, включавший сбор жалоб и анамнеза заболевания, описание объективного, неврологического статуса, биохимические (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, коагулограмма, липидограмма, креатинин, мочевины крови и др.), ЭКГ, УЗИ сердца, суточное мониторирование АД, нейрофизиологические ЭЭГ. Эти исследования повторялись в динамике через 6 месяцев, 1 и 2 года после формирования группы. По показаниям назначались консультации кардиолога, офтальмолога, терапевта.

Результаты исследования. При анализе клинических данных у пациентов с АГ была диагностирована ДЭ I у 48 (33,1%) человек, ДЭ II - у 97 (66,9%) человек. У пациентов с ДЭ I, обусловленной АГ, отмечались умеренно выраженные, локализованные в одной области головные боли, которые проявлялись при повышенной эмоциональной, умственной нагрузке или были связаны с изменением метеорологических условий, проявляющиеся не чаще 1-2-х раз в неделю. Также периодически отмечались жалобы на головокружение, снижение концентрации внимания, утомляемость, снижение работоспособности.

У пациентов с ДЭ II, обусловленной АГ, головные боли отмечались до 3-4-х раз в неделю, которые носили диффузный или пульсирующий характер, с локализацией в двух, трех областях головы. Часто головные боли сочетались с головокружением, периодической шаткостью при ходьбе, снижением памяти на текущие события, затруднениями усвоения нового материала. В большинстве случаев пациенты жаловались на снижение работоспособности, повышенную утомляемость, общую слабость, эмоциональную неустойчивость, расстройство сна. Особенностью общемозговых симптомов при ДЭ II было их наличие как при повышенном АД, так и при нормальных цифрах АД. Также при ДЭ II наблюдалось сочетание 2-3-х симптомов у одного больного.

При анализе клинических жалоб у больных молодого возраста с ДЭ I и ДЭ II, обусловленных АГ, были выделены основные клинические синдромы, которые представлены в таб.1.

Из представленной таблицы видно, что клинические синдромы при АГ у пациентов молодого возраста на отдельных стадиях ДЭ отмечаются неодинаково. У больных с ДЭ I пре-

Таблица 1.

Клинические синдромы ДЭ I и ДЭ II у больных с АГ в молодом возрасте

№ п/п	Синдромы	ДЭ I, n=48	ДЭ II, n=97	абс. число	Р±ш (%)
		абс. число	Р±ш (%)		
1	Цефалгический	27	56,3 ± 7,1	72	74,2 ± 4,4*
2	Вестибулярный	19	39,6 ± 7,0	81	83,5 ± 4,1***
3	когнитивных нарушений	21	43,7 ± 7,1	69	71,1 ± 5,5**
4	Астенический	28	58,3 ± 7,1*	31	31,9 ± 8,3
5	Невротический	31	64,5 ± 6,9*	41	43,2 ± 7,7
6	Инсомнический	16	33,3 ± 6,8	51	52,6 ± 6,8*
7	дискоординаторный	8	16,7 ± 5,4	60	61,9 ± 6,2****

*P=0,05; **P=0,01; ***P=0,001; ****P<0,001

обладали следующие синдромы: астенический - у 28 (58,3±7,1%) и невротический - у 31 (64,5±6,9%) человека (P=0,05). Сравнительно реже - дискоординаторный - у 8 (16,7±5,4%), инсомнический - у 16 (33,3±6,8%) и вестибулярный - у 19 (39,6±7,0%) человек (P=0,01).

У больных с ДЭ II достоверно чаще отмечались следующие синдромы: цефалгический - у 72 (74,2±4,4%), вестибулярный - у 81 (83,5±4,1%), когнитивные нарушения - у 69 (71,1±5,5%), инсомнический - у 51 (52,6±6,8%), дискоординаторный - у 60 (61,9±6,2%) человек (0,05=P<0,01), что явилось следствием прогрессирования поражения головного мозга при ДЭ II.

В результате обследования больных с АГ II степени были выделены четыре клинические группы в зависимости от выраженности суточного ритма АД в соответствии со степенью ночного снижения АД: 1-ю клиническую группу составили 20 (28,6%) больных с нормальной (оптимальной) степенью ночного снижения АД - «дипперы», 2-ю группу - 26 (37,1%) человек с недостаточной степенью ночного снижения АД - «нондипперы», 3-ю - 17 (24,3%) человек с повышенной степенью ночного снижения АД - «овердипперы», 4-ю - 7 (10%) человек с устойчивым повышением ночного АД - «найтпикеры». Проведена сравнительная характеристика клинических проявлений ДЭ у пациентов молодого возраста 1, 2, 3, 4 - й клинических групп в зависимости от показателей суточного ритма АД, представленная в таб. 2.

Среди основных синдромов ДЭ, выявленных при обследовании пациентов, необходимо отметить вестибулярный - у 10 (58,8±5,2%) человек III группы с достоверностью (P=0,05) и у 6 (85,7±13,2%) человек IV группы (P=0,01). Синдром когнитивных нарушений выявлялся у 18 (69,2±7,0%) больных во II группе (P=0,05) и у 6 (85,7±13,2%) - в IV клинической группе (P<0,05). Дискоординаторный синдром был выявлен у 16 (61,5±9,1%) больных (P<0,05)

Таблица 2.

Клинические синдромы ДЭ у пациентов молодого возраста с АГ II степени в зависимости от показателей суточного ритма АД

Синдромы	I группа n= 20 абс Р±т %	II группа n = 26 абс Р±т %	III группа n= 17 абс Р±т %	IV группа n = 7 абс Р±т%
Цефалгический	12 60,0±10,9	17 65,4 ± 9,8	11 64,7 ± 4,1	5 71,4 ± 15,1
Вестибулярный	9 45,0 ± 6,1	15 57,7 ± 7,2	10 58,8±5,2*	6 85,7±13,2***
Когнитивные нарушения	10 50,0 ± 7,4	18 69,2 ± 7,0*	11 64,7 ± 4,1	6 85,7±13,2**
Дискоординаторный	7 35,0 ± 8,5	16 61,5±9,1**	10 58,8±5,2*	5 71,4± 15,1*
Астенический	12 60,0±10,9	19 73 ± 8,7	11 64,7 ± 4,1	7 100 ± 2,6***
Невротический	7 35,0 ± 7,7	15 57,7 ± 8,2*	9 52,9 ± 4,8*	5 71,4± 15,1*
Инсомнический	8 40,0 ± 10,9	10 38,5 ± 9,5	8 47,0 ± 12,1	3 42,9 ± 18,7

*P = 0,05, **P < 0,05, ***P = 0,01 - достоверность различий данных I группы в сравнении с таковыми во II, III и IV группах

Таблица 3.

**Очаговые неврологические симптомы у пациентов
молодого возраста с ДЭ I и ДЭ II, обусловленной АГ**

№ п/п	Очаговые симптомы	ДЭ I ст., n = 48		ДЭ II ст., n = 97	
		абс.	P ± m %	абс.	P ± m %
1	слабость конвергенции	12	25 ± 6,2	41	42,3±4,9*
2	надъядерный парез лицевого нерва	3	6,25±3,4	43	35±4,8 **
3	парез подъязычного нерва	-	-	39	40,2±4,9
4	равномерное оживление сухожильных рефлексов	21	43,7±7,1	47	48,4±5,0
5	ладонно-подбородочный рефлекс	-	-	16	16,5±3,4
6	симптом Россолимо	8	16,6±5,3	28	28,9±4,6
7	интенционный тремор при пальце-носовой пробе	7	14,6±5,0	56	57,7±6,6**
8	неустойчивость в позе Ромберга	4	8,3±3,9	74	76,3±4,9**

*P=0,05; **P < 0,001

во II, у 10 (58,8±5,2%) больных в III группе (P=0,05) и у 5 (71,4±15,1%) человек в IV группе (P=0,05). Невротический синдром отмечался у пациентов II группы в 15 (57,7±8,2%) случаях и в III группе - у 9 (52,9±4,8%) больных (P=0,05), в IV группе - у 5 (71,4±15,1%) человек (P=0,05). Астенический синдром наиболее выраженным был в IV группе пациентов (P=0,01). Такие синдромы, как цефалгический и инсомнический, при сравнении в исследуемых клинических группах существенно не различались (P>0,05).

При исследовании неврологического статуса у пациентов молодого возраста с ДЭ I и ДЭ II, обусловленной АГ, были выявлены очаговые неврологические симптомы, представленные в таб. 3.

Из данных таблицы видно, что у пациентов молодого возраста с ДЭ II наиболее частыми, статистически достоверными очаговыми симптомами были слабость конвергенции, надъядерный парез лицевого нерва, интенционный тремор при пальце-носовой пробе и неустойчивость в позе Ромберга.

Выводы: У больных с ДЭ I, обусловленной АГ, в клинической картине вначале преобладали невротический и астенический синдромы, при ДЭ II - вестибулярный, цефалгический и когнитивных нарушений. Динамическое наблюдение показало усугубление цефалгического, вестибулярного, инсомнического синдромов и синдрома когнитивных нарушений и уменьшение астенического и цефалгического синдромов при длительности заболевания более 5 лет. Очаговые неврологические симптомы чаще были отмечены у больных с ДЭ II. Клинические синдромы были тесно связаны с характером суточного ритма АД. Так, вестибулярный синдром преобладал в III и IV группах больных, когнитивных нарушений - во II и IV, дискоординаторный и невротический - во II, III и IV, астенический - в IV.

Использованная литература:

1. Воробьева О.В., Тамарова Е.С. Эффективность винпотропила в терапии начальных проявлений цереброваскулярной патологии // Журнал неврологии и психиатрии. 2010. № 9. С. 39-42.
2. Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения // Consilium medicum. 2011. № 2. С.138-141.
3. Вознесенская Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 2. С. 9-12.
4. Захаров В.В. Умеренные когнитивные нарушения как мультидисциплинарная проблема // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. № 2. С. 5-10.
5. Катунина Е.А. Когнитивные нарушения при хронической недостаточности мозгового кровообращения // Consilium medicum. 2011. № 1. С.9-12.
6. Kerola T. The complex interplay of cardiovascular system and cognition: How to predict dementia on the elderly? // Cardiology. 2010. Vol.12. P. 19-23.
7. Sharp S.I. Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review // Geriatrics. Psychiatry. 2010. Vol.12. P. 29-32.