

*В. Г. Деревецкая, мл. науч. сотрудн., отдел сосудистой патологии
головного мозга*

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Актуальность изучения заболеваний сердца, их огромное значение в формировании и течении цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) привлекают к себе все большее внимание исследователей.

Особый интерес вызывают нарушения сердечного ритма, в частности фибрилляция предсердий (ФП), в связи с ее опасностью в плане развития угрожающих жизни осложнений, львиную долю которых составляют тромбоэмболии в церебральное русло [1, 2].

ФП является наиболее частой и устойчивой аритмией в популяции. Известно, что ее наличие приводит к развитию различных форм цереброваскулярной патологии [3, 4].

Проведенные многочисленные исследования убедительно свидетельствуют о влиянии ФП на риск развития кардиоэмболического инсульта [5, 6]. Работы последних лет свидетельствуют о том, что ФП утяжеляет течение инсульта, повышает риск смертности и развития повторного инсульта [6–8].

Однако на сегодняшний день остается недостаточно изученным вопрос о влиянии ФП на риск развития хронических форм нарушений мозгового кровообращения — дисциркуляторных энцефалопатий (ДЭ), которые, как правило, предшествуют развитию мозговых инсультов и часто заканчиваются деменцией. Поэтому представляет большой интерес изучить особенности течения ДЭ у больных с ФП.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения, структурных изменений вещества головного мозга и церебральной гемодинамики у пациентов с постоянной и пароксизмальной формами ФП.

Для решения поставленной цели в работе были использованы следующие методы исследования: клинко-неврологический, психодиагностический (с применением теста Mini-mental, методик: «Запоминание 10 слов», «Запоминание сюжетного рассказа», «Запоминание геометрических фигур», а также «Таблицы Шульце»). Для оценки состояния вещества головного мозга всем больным было проведено КТ-исследование головного мозга. Томографический анализ включал общую визуальную оценку и количественные показатели. Учитывались размеры, локализация и количество очагов, наличие диффузного снижения плотности белого вещества в перивентрикулярных зонах и семиовальных центрах, состояние ликворо-содержащих пространств. Для изучения состояния кровотока было проведено УЗДГ с дуплексным сканированием сосудов головного мозга.

Нами было обследовано 138 больных в возрасте от 55 лет до 75 лет с неклапанной формой ФП, развившейся на фоне ИБС, причиной которой явилась гипертоническая болезнь и атеросклероз. У этих больных были выявлены признаки ДЭ I–III ст. Длительность ФП составила от 3 до 10 лет. Постоянная форма была диагностирована у 72 больных, пароксизмальная форма — у 66. Количество пароксизмов составило от 1 эпизода до нескольких раз в день.

Группу сравнения составили 50 человек соответствующего возраста с ДЭ, обусловленной гипертонической болезнью и/или церебральным атеросклерозом, без нарушений ритма.

На основании проведенных клинко-неврологических исследований у обследуемых больных было установлено наличие ДЭ.

Ведущими неврологическими симптомами в клинической картине были: головная боль 69 %, чаще распирающего или тупого характера, преимущественно затылочной локализации, головокружение 55 %, шаткость при ходьбе 38 %, шум в голове 32 %, боли в области сердца 76 %, сердцебиение 24 %, одышка 17 %, повышенная утомляемость 87 %, неустойчивость настроения 65 %, страх смерти 24 %, страх остановки сердца 39 %. Ряд клинических симптомов можно считать характерными для обеих групп больных: головная боль, тяжесть в голове, головокружение, шум в голове, снижение памяти.

Особенностью клинического течения ДЭ у больных с ФП было наличие различных видов пароксизмальных нарушений. У 20 % больных основной группы (против 10 % группы сравнения) отмечались обморочные состояния у 11 %, вегетовисцеральные пароксизмы у 5 %, эпилептиформные — 3 %, вестибулярные — 6 %, дроп-атаки — 2 %, транзиторные ишемические атаки (ТИА) — 4 %, чаще в каротидном бассейне.

При этом синкопальные состояния отмечались преимущественно у больных с пароксизмальной формой ФП во время пароксизма (тахисистолической и брадисистолической формы). У больных с постоянной формой ФП чаще отмечались ТИА, преимущественно в каротидном бассейне. В группе сравнения только у 2 больных отмечались вегетативно-сосудистые кризы по симпатико-адреналовому типу.

Ведущими клиническими синдромами у обследуемых больных были: ликворо-гипертензионный (63 % больных), вестибуло-атактический (32 %), подкорковый (20 %), кардиофобический (60 %), астенический (46 %). Для больных с ФП чаще характерным было наличие фобического синдрома (страх смерти, боязнь потери сознания, остановки сердца), который отмечался у 60 % больных. Астенический, астено-депрессивный и ипохондрический синдромы были характерны для обследуемых больных обеих групп.

Для оценки когнитивных функций всем больным было проведено психодиагностическое исследование, результаты которого представлены в таблицах 1 и 2.

Проведенные исследования показали, что когнитивный дефицит при ДЭ, возникшей на фоне гипертонической болезни, в сочетании с ФП по своей структуре имеет типичный характер по сравнению с таковым при ДЭ, обусловленной гипертонической болезнью и церебральным атеросклерозом. Вместе с тем, наряду с общими признаками, имеет место ряд отличительных особенностей, которые отражают определенное своеобразие синдромов когнитивных

нарушений у больных ДЭ с ФП. Главной особенностью является в целом более быстрый темп формирования когнитивного дефицита. То есть темп формирования когнитивных расстройств, отражающий, в свою очередь, функциональную недостаточность структур мозга, у этих пациентов был выше. Имеются и признаки качественного своеобразия структуры когнитивных

расстройств, а именно: более выраженные нарушения кратковременной памяти, произвольного внимания и селективности психических функций. Отмеченные содержательные особенности нарушений психических функций свидетельствуют о более отчетливом функциональном дефиците неспецифических глубинных структур мозга у данных групп пациентов.

Таблица 1

Результаты исследования по шкале MMSE

Группы больных	Показатели, баллы				
	Общий показатель (max 30)	Ориентация (max 10)	Память (max 6)	Счетные операции (max 5)	Перцептивно-гностические функции (max 9)
ДЭ I	28,1 ± 1,3	9,7 ± 0,3	4,9 ± 1,2*	4,3 ± 0,4*	7,8 ± 0,6*
ДЭ II	24,5 ± 2,7**	8,9 ± 1,1**	3,1 ± 1,2**	3,0 ± 1,1**	4,6 ± 1,1**
ДЭ III	18,5 ± 5,8***	6,2 ± 1,5***	2,0 ± 1,2***	2,1 ± 1,1***	4,0 ± 1,3***

Обозначения: * — достоверность различий между ДЭ I и ДЭ II; ** — достоверность различий между ДЭ II и ДЭ III; *** — достоверность различий между ДЭ I и ДЭ III

Таблица 2

Результаты исследования процессов мышления больных с разными стадиями ДЭ

№ п/п	Показатели (выраженность нарушения в баллах)	Группы больных		
		ДЭ I	ДЭ II	ДЭ III
1	Инертность	0,3 ± 0,1	0,9 ± 0,3**	2,1 ± 0,3***
2	Нарушения селективности	0,6 ± 0,2	1,0 ± 0,2**	2,0 ± 0,5***
3	Нарушения критичности	0,3 ± 0,1*	1,0 ± 0,4**	2,1 ± 0,3***
4	Снижение уровня обобщений	0,7 ± 0,08	1,5 ± 0,3**	2,3 ± 0,2***
5	Неравномерность уровня обобщений	0,6 ± 0,09	1,0 ± 0,2**	1,9 ± 0,3***
6	Истощаемость	0,6 ± 0,05	0,9 ± 0,1**	1,9 ± 0,4***
7	Импульсивность	0,9 ± 0,1	1,2 ± 0,1**	1,9 ± 0,2
8	Нарушения произвольной регуляции	0,9 ± 0,09*	1,6 ± 0,2**	2,5 ± 0,2***
9	Нарушения операционной стороны	0,8 ± 0,1*	1,5 ± 0,2**	2,4 ± 0,3***
10	Нарушения динамической стороны	0,6 ± 0,2*	1,2 ± 0,2**	2,2 ± 0,3***

Обозначения: те же, что и в табл. 1.

Всем больным было проведено КТ-исследование на компьютерном томографе СРТ-1010. У большинства больных как основной, так и группы сравнения, было диагностировано расширение желудочков (у 92 % больных основной группы и 80 % группы сравнения) и субарахноидальных пространств (у 92 % в основной группе и 65 % в группе сравнения). Явления кортикально-субкортикальной гипотрофии выявлены у 54 % больных основной группы и у 40 % — группы сравнения. Выраженность атрофических изменений была связана со степенью хронических цереброваскулярных нарушений.

Следует отметить, что по этим показателям основная группа и группа сравнения были похожи.

Характерной особенностью морфофункциональных изменений у больных с ФП являются «немые» инфаркты, преимущественно в подкорковом белом веществе и стволе головного мозга, которые были выявлены у 50 % больных основной группы и у 20 % больных группы сравнения. Также у 14 % больных основной группы были выявлены диффузные изменения плотности вещества головного мозга — явления лейкоареозиса. У больных группы сравнения эти изменения были у 8 % больных.

Исследование состояния мозговой гемодинамики проводилось на доплеровском аппарате «PC DOP 842» производства фирмы «Medata» с регистрацией средней линейной скорости кровотока (ЛСК) и специальным анализом доплеровских сигналов.

Проведенный сравнительный анализ данных, полученных методом УЗДГ, свидетельствует о том, что у больных основной группы стенозирующие поражения магистральных артерий головы (МАГ) встречались чаще — в 82 % всех случаев (в группе сравнения — у 76 %), из них множественные поражения — в 53,6 % (в группе сравнения 44 %), гемодинамически значимые стенозы сонных и позвоночных артерий — в 32,6 % (в группе сравнения 28 %). Более значимые изменения церебральной гемодинамики в виде феномена гипоперфузии были выявлены в группе больных с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Изменения мозгового кровотока в период пароксизма фибрилляции предсердий (тахисистолическая форма), зарегистрированные у 5 больных, оказываются более выраженными по сравнению с межприступным периодом, а также сравнительно с показателями церебральной гемодинамики у больных с постоянной

формой фибрилляції предсердий і відповідуючої стадією ДЗ. У всіх обстежених хворих в момент приступу були ознаки судинно-мозгової недостаточності, відповідуючі ДЗ II ст.

Середня ЛСК у всіх хворих в міжприступний період в внутрішній сонній артерії була в межах ($32,8 \pm 7,2$) см/с, в момент приступу ($28,6 \pm 5,4$) см/с, в середній мозковій артерії відповідно ($44,0 \pm 8,0$) см/с і ($26,3 \pm 6,4$) см/с, в основній артерії ($40,4 \pm 5,2$) см/с і ($34,2 \pm 7,2$) см/с.

Також у хворих з ФП за порівнянням з групою порівняння відзначалися більш низькі показники ЛСК по інтракраніальним артеріям. Існують порушення церебральної гемодинаміки, по видимому, обумовлені порушеннями загальної гемодинаміки за рахунок ФП.

Таким чином, проведені нами дослідження свідчать про те, що практично у всіх хворих з ФП відзначаються ознаки хронічної недостаточності мозкового кровообігу в формі дисциркуляторних енцефалопатій.

Характерною особливістю клінічного перебігу ДЗ у хворих з ФП є наявність різних форм пароксизмальних станів (обморочних, вестибулярних, вегетовисцеральних, епілептиформних, дроп-атак, ТІА — частіше в каротидному басейні, а також наявність фобічного синдрому).

Виявлені особливості когнітивних розстройств показали, що у хворих з ФП відзначається більш швидкий темп формування когнітивного дефіциту (більш виражені порушення кратковременної пам'яті, произвольного уваги і селективності психічних функцій). Відзначені особливості порушень психічних функцій свідчать про більш виражені функціональні дефіцити неспецифічних глибоких структур мозку.

Характерною особливістю морфофункціональних змін у хворих з ФП є лакунарні, а також судинні зміни.

«немовні» інфаркти мозку, переважно в підкорковому білому речовині та стоволі головного мозку. Також характерним є наявність дифузних змін речовини головного мозку, явища «лейкоареозису» також частіше виявлені у хворих з ФП.

Дані дослідження мозкової гемодинаміки свідчать про те, що у хворих з ФП є більш виражені явища гіперперфузії головного мозку, ніж свідчать більш низькі показники ЛСК по інтракраніальним артеріям, по видимому, обумовлені порушеннями загальної гемодинаміки за рахунок ФП. Крім того, у цих хворих виявлені ознаки стенозуючих процесів МАГ, регіонарної дисциркуляції.

Проведені дослідження показують, що всім хворим показано комплексне лікування, направлене на запобігання розвитку мозкового інсульту і судинної деменції.

Список літератури

1. Мищенко Т. С. Профілактика цереброваскулярних захворювань у хворих з фібрилляцією предсердий // Практична ангіологія. — Вип. 1 (02). — 2006. — С. 8–12.
2. Преображенський Д. В., Сидоренко Б. А., Киклив В. Г. і др. Інсульт і інші тромбоемболічні ускладнення при мерцанні предсердий // Кардіологія. — 2006. — № 3. — С. 83–90.
3. Дзяк В. Н. Мерцательна аритмія // Здоров'я. — 1979. — 190 с.
4. Бойцов С. А. Мерцательна аритмія. — СПб.: ЕЛБІ-СПБ, 2001. — 335 с.
5. Sano R. H. Risk factors, outcomes, and stroke subtypes for ischemic stroke // Neurology. — 1997. — 49. — S. 39–44.
6. Волошин П. В., Мищенко Т. С. Профілактика мозкового інсульту // Журнал Здоров'я України. — 2002. — № 5. — С. 14.
7. Bogouslavsky J. Stroke Prevention by the Practitioner // Cerebrovascular diseases. — 9, 1999. — P. 55–57.
8. Benjamin E. J., Wolf P. A., D'Agostino R. B., Silbertshatz H., Kannel W. B., Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death. The Framingham Heart Study // Circulation. — 1998; 98: 946–952.

Надійшла до редакції 14.04.2006 р.

В. Г. Деревецька

Особливості перебігу дисциркуляторних енцефалопатій у хворих на фібрилляцію предсердь

*Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України (Харків)*

Обстежено 138 хворих у віці від 55 до 75 років із неклапанною формою фібрилляції предсердь (ФП), причиною якої були гіпертонічна хвороба та атеросклероз.

У всіх хворих були виявлені ознаки дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) I–III ст. Характерною особливістю клінічного перебігу ДЕ у хворих на ФП є наявність різних форм пароксизмальних станів (запаморочних, вестибулярних, вегетовисцеральних, епілептиформних, дроп-атак, ТІА — частіше в каротидному басейні, а також наявність фобічного синдрому). Виявлені особливості когнітивних порушень свідчать, що у хворих на ФП відзначається більш швидкий темп формування когнітивного дефіциту.

Особливістю морфофункціональних змін у хворих на ФП є лакунарні «німі» інфаркти мозку, переважно в підкорковій білій речовині та стоволі головного мозку. Також явища «лейкоареозису» частіше виявлені у хворих на ФП. Дані дослідження мозкової гемодинаміки свідчать, що у хворих даного профілю є більш виражені явища гіперперфузії головного мозку, які обумовлені порушеннями загальної гемодинаміки за рахунок ФП.

Проведені дослідження свідчать, що всім хворим показано комплексне лікування, яке спрямоване на попередження розвитку мозкового інсульту та судинної деменції.

V. G. Derevetska

Peculiarities of the course of dyscirculatory encephalopathy in patients with atrial fibrillation

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine
(Kharkiv)*

138 patients of the age from 55 to 75 years with old with non-valvular form of atrial fibrillation (AF) due to hypertension and atherosclerosis were examined.

All patients demonstrated features of dyscirculatory encephalopathy (DE) of I–III levels. A characteristic peculiarities of DE clinical course is a presence of various forms of paroxysmal states (vertigo, vestibular, vegetative-visceral, epileptiform, drop-attacks), TIA predominantly in the carotid basin, and also a presence of phobic syndrome. Peculiarities of cognitive disorders found out are evidence of a faster formation of cognitive decline in patients with AF.

Morphofunctional peculiarities in patients with AF are lacunar "mute" brain infarction predominantly in subcortical white matter and brainstem, and also "leukoariosis". Data on cerebral hemodynamics demonstrated that these patients have a more significant brain hypoperfusion due to impairments of general hemodynamics because of AF.

The results obtained indicate that all the patients need a complex treatment directed to prevention of stroke and vascular dementia.