

УДК: 616.72-002.77-06: 616.8]-036-073.756.8.

*М. А. Гаєвая*Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Технологический прогресс, улучшение медицинского обслуживания населения обуславливают его старение, возрастает продолжительность жизни больных, количество лиц, которые страдают одновременно несколькими хроническими заболеваниями [4]. Например, в 2000 г. в США насчитывалось 57 млн таких людей, а к 2020 г. прогнозируется возрастание их числа до 81 млн [4, 10]. 50 % пациентов с хроническими заболеваниями имеют больше одной хронической патологии [4, 9].

В литературе встречаются данные относительно особенностей поражения нервной системы при той или иной соматической патологии, однако они недостаточно изучены.

В настоящее время аутоиммунные заболевания рассматриваются как наиболее частая причина хронической патологии у человека [3]. Ревматоидный артрит — одно из наиболее частых аутоиммунных ревматических заболеваний, распространённость его среди взрослого населения достигает в среднем 0,6—1,3 % [2]. В структуре инвалидизации среди внутренних болезней ревматоидный артрит занимает одно из ведущих мест, поражает людей преимущественно молодого и среднего возраста, являясь не только медицинской, но и социальной проблемой [5, 8].

Целью нашей работы явилось изучение органических изменений в веществе и оболочках головного мозга у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и травматической болезнью головного мозга, протекающих на фоне ревматоидного артрита.

Обследовано 102 больных в возрасте от 25 до 63 лет, страдающих ревматоидным артритом. Известно, что данному заболеванию чаще подвержены женщины [6, 7]. Это подтвердилось и нашим исследованием — женщин было 68 (66,7 %), мужчин — 34 (33,3 %) обследованных лиц.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошло 62 человека с дисциркуляторной гипертонической энцефалопатией I—II стадии (ДЭП), вторую группу составили 40 больных с травматической болезнью головного мозга (ТБГМ).

Контроль составили 48 больных соответствующего возраста, страдающие ДЭП I—II стадии и отдалёнными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ). Мужчин было 26 человек, женщин — 22. Ревматоидным артритом указанные лица не страдали. Для сравнения полученных данных нами были выделены 2 контрольные группы. В первую контрольную группу вошло 27 обследованных с ДЭП I—II стадии, во вторую — 21 больной с отдалёнными последствиями ЗЧМТ.

Комплекс обследований включал анализ жалоб, изучение неврологического статуса, визуализацию структурных изменений в веществе и оболочках головного мозга при помощи магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Ведущими жалобами больных в 1-й основной группе были головные боли, преимущественно в затылочной области (91,9 %), в 61,2 % наблюдений головные боли сопровождались головокружением, в 35,5 % — тошнотой на высоте головной боли. Шум в голове и ушах беспокоил 45,1 % обследованных. Склонность к повышению артериального давления (АД) отмечали 79 % пациентов. На шаткость при ходьбе жаловались 64,5 % больных. Нарушения сна отмечали 53,2 % обследованных лиц. 85,5 % обследуемых жаловались на повышенную утомляемость, 30,7 % — на ухудшение памяти.

Во 2-й основной группе ведущей жалобой была головная боль (95 %), преимущественно диффузного характера. Очень часто головные боли сопровождались головокружением (77,5 %), а также тошнотой и рвотой (65 %). Наблюдалась бессонница ночью и сонливость в дневное время (60 %), раздражительность (72,5 %), сниженный фон настроения (40 %), колебания АД (52,5 %), повышенная потливость (47,5 %). Характерны были жалобы на нарушение психокогнитивных функций — снижение памяти (80,9 %), рассеянность внимания (72,5 %), затруднение мыслительных процессов (65 %), приступообразные состояния, которые были расценены нами как симпатоадреналовые вегетативные пароксизмы: внезапное усиление головной боли, учащение сердцебиения, повышение АД на 30—50 мм рт. ст. выше «рабочих» показателей, гиперемия лица, чувство удушья, ощущение немотивированной тревоги, страха. Описанные пароксизмы разной интенсивности, длительности и частоты возникновения беспокоили 70 % обследованных лиц.

Больные 1-й контрольной группы предъявляли жалобы на головные боли, чаще давящего характера, с локализацией в теменной или височных областях в 81,5 % наблюдений. В 44,4 % случаев головная боль сопровождалась головокружением, в 29,6 % — тошнотой и рвотой. Ощущение заложенности ушей беспокоило 33,3 % пациентов, повышение показателей АД — 59,3 %. Выраженная общая слабость отмечалась у 55,6 %, повышенная утомляемость — у 48,2 %, ощущение онемения кистей — у 22,2 %, раздражительность — у 40,7 % обследованных.

Больные с отдалёнными последствиями ЗЧМТ в 100 % отмечали головную боль, в 80,9 % сопровождающуюся головокружением, в 61,9 % — тошнотой

и рвотой на высоте головной боли. Боли в глазных яблоках беспокоили 57,1 % обследованных. Колебания АД отмечали 66,7 % больных. Нарушение цикла «сон — бодрствование» зарегистрировано в 61,9 % наблюдений. Неприятные ощущения в области сердца — в 33,3 %. Как и во 2-й основной группе, большинство больных предъявляло жалобы на вегетативные пароксизмы, как симпатоадреналовые (57,1 %), так и вагоинсулярной направленности (бледность, липкий холодный пот, усиление головкружения, тошнота — 23,8 %).

Таким образом, мы видим, что во всех группах обследованных лиц основной жалобой была головная боль, что согласуется с литературными данными [1].

В 1-й основной группе нарушения неврологического статуса были следующими: глазодвигательные расстройства (79 %), нистагм (19,3 %), умеренно выраженный симптом Манна (59,7 %), снижение слуха (32,2 %), анизорефлексия (30,7 %), умеренно выраженная пирамидная недостаточность (40,3 %), шаткость при пробе Ромберга (85,5 %), нарушения при выполнении координаторных проб (58 %), тремор конечностей (46,8 %), чувствительные расстройства (35,5 %). Повышение цифр АД наблюдалось в 83,9 %, тахикардия — в 51,6 %, одышка — в 40,3 %, акроцианоз — в 58 %, эмоциональная лабильность — в 91,9 %.

У больных 2-й основной группы неврологический статус характеризовался поражением черепных нервов в 100 % (глазодвигательной группы — в 92,5 %, лицевого нерва — в 57,5 %, подъязычного — в 32,5 %); резко положительным симптомом Манна (77,5 %); снижением зрения и слуха (37,5 %); симптомами орального автоматизма (27,5 %); выраженными нарушениями в рефлекторной сфере (анизорефлексия, вялость или отсутствие брюшных рефлексов — 67,5 %); патологическими кистевыми (27,5 %) или стопными (15 %) феноменами; статическими расстройствами (87,5 %) с дискоординацией (65 %). Характерными симптомами были яркие изменения вегетативной сферы с превалированием эрготропных влияний: повышение АД (85 %), тахикардия (80 %), одышка (65 %), ознобopodobное дрожание (35 %), выраженный общий и дистальный гипергидроз (72,5 %), акроцианоз (60 %).

В контрольной группе больных с дисциркуляторной гипертонической энцефалопатией нарушения неврологического статуса заключались в глазодвигательных расстройствах (82 %), анизокории (19 %), асимметрии носогубных складок (59 %), вялости (41 %) или оживлении сухожильных рефлексов (52 %), гипомимии (44 %), пирамидных (48 %) и чувствительных (63 %) изменениях, треморе конечностей (37 %), неустойчивости при пробе Ромберга с нечётким выполнением координаторных проб (78 %), повышении показателей АД (39 %), снижении зрения (48 %) и слуха (59 %), когнитивных расстройствах в форме ухудшения памяти (56 %).

У пациентов контрольной группы с отдалёнными последствиями ЗЧМТ изучение неврологического статуса выявило следующие результаты: ограни-

чение движений глазных яблок (67 %), асимметрия носогубных складок (57 %), нистагм (33 %), симптом Манна (29 %), анизорефлексия (57 %), патологические рефлексы (кистевые — 52 % и стопные — 14 %), чувствительные расстройства (38 %), неустойчивость в пробе Ромберга (62 %). Вегетативные дисфункции были представлены колебаниями показателей АД (71 %), тахикардией (43 %) или брадикардией (19 %), гипергидрозом (67 %), акроцианозом (48 %). Психокогнитивные нарушения характеризовались снижением памяти (52 %), рассеянностью внимания (43 %). Вегетативные пароксизмы зафиксированы в 71 % случаев, причём по симпатоадреналовому типу в 43 %, а в 29 % — смешанного характера.

Метод МРТ головного мозга был применён всем больным основных и контрольных групп. Полученные данные позволили объективизировать структурные нарушения, выявленные в оболочках, веществе головного мозга и в ликворосодержащих пространствах.

У пациентов 1-й группы в 82 % была выявлена гидроцефалия, причём внутренняя — у 46 %, наружная — у 10 % и смешанная — у 26 %. Ширина центральных отделов боковых желудочков слева была в пределах $14,6 \pm 1,36$ мм, что достоверно превышало аналогичный показатель в контрольной группе больных с ДЭП ($p < 0,01$). Ширина центральных отделов боковых желудочков справа составила $14,8 \pm 1,11$ мм, что также достоверно больше по сравнению с группой контроля ($p < 0,01$). В 61 % наблюдений (чаще — при ДЭП II ст.) на томограммах определялись очаги пониженной плотности, с локализацией в таламусе, подкорковом белом веществе и в базальных ганглиях. В 11 % были выявлены признаки незначительной диффузной гипотрофии коры гемисфер, однако полученные результаты не являются статистически достоверными.

Во второй группе зарегистрированы наиболее яркие структурно-морфологические нарушения. В 78 % наблюдалось уплотнение оболочек в конвекситальных отделах мозга, в 45 % — в базальных. Выраженный атрофический процесс в веществе мозга отмечался у 30 % обследованных. Рубцово-спаечные изменения зарегистрированы у 37 % пациентов. В 27 % исследований обнаружен кистозно-слипчивый процесс.

Анализ томограмм больных 1-й контрольной группы показал незначительные изменения ликворной системы (в основном в виде внутренней гидроцефалии — 44 % случаев). Ширина центральных отделов боковых желудочков слева составила $13,1 \pm 0,61$ мм, а аналогичный параметр справа — $12,1 \pm 0,21$ мм. В незначительном количестве (11 %) на томограммах выявлены одиночные гиподенсивные очаги в подкорковом белом веществе.

Во 2-й контрольной группе (больные с отдалёнными последствиями ЗЧМТ) в 71 % выявлены проявления внутренней или смешанной гидроцефалии, в 29 % — умеренно выраженный атрофический процесс коры гемисфер (чаще — конвекситальной локализации). Лишь в 4 % определено наличие кист, что в нашем исследовании не явилось статистически достоверным критерием.

Таким образом, изучение нарушений неврологического статуса и результатов томограмм обследованных больных позволяет сделать следующие выводы.

1. У больных дисциркуляторной гипертонической энцефалопатией и травматической болезнью головного мозга, протекающих на фоне ревматоидного артрита, неврологическая патология и структурно-морфологические изменения головного мозга более обширны и ярче выражены.

2. При наличии ревматоидного артрита у больных имеют место более частые и выраженные нарушения вегетативного статуса (с формированием симпатоадреналовых пароксизмов), психокогнитивной сферы, наличие гидроцефалии, грубых атрофических и кистозно-слипчивых процессов в веществе и оболочках головного мозга.

3. Полученные данные необходимо учитывать при подборе адекватной терапии данному контингенту больных.

Список литературы

1. Волошин П. В., Мищенко Т. С., Реминяк И. В. Головная боль // Украинський медичний вісник. — 2006. — № 5. — С. 50—55.
2. Иммунные нарушения в очаге поражения при раннем ревматоидном артрите / Семёнова Л., Салмаси Ж., Казимирский А. и др. // Врач. — 2006. — № 5. — С. 14—16.
3. Малышева О. А., Труфакин С. В., Ширинский В. С. Изучение нервной регуляции сердечного ритма у больных ревматоидным артритом и рассеянным склерозом // Терапевтический архив. — 2002. — Т. 74. — № 10. — С. 48—51.
4. Мар'енко Л. Б. Коморбідність при епілепсії // Український вісник психоневрології. — 2005. — Т. 13, вип. 4. — С. 23—25.
5. Нестероїдні протизапальні препарати при довготривалому застосуванні у хворих з ревматичними захворюваннями суглобів: порівняльна оцінка ефективності та безпечності / Шуба Н. М., Іваницька Л. М., Борткевич О. П. та ін. // Врачебная практика. — 2000. — № 4. — С. 10—15.
6. Особенности психических нарушений у больных ревматоидным артритом / Цивилько М. А., Мелентьев А. С., Коркина М. В. и др. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — Т. 99, вып. 2. — С. 9—11.
7. Пизова Н. В., Шилкина Н. П., Спиринов Н. Н. Иммунные повреждения нервной системы при некоторых формах ревмати-

ческих заболеваний // Там же. — 2005. — Т. 105. — Вып. 2. — С. 73—78.

8. Хворостинка В. Н., Федоров В. А., Ерахторина Н. В. Особенности течения ревматоидного артрита // Врачебная практика. — 1998. — № 6. — С. 13—14.

9. Persons with Chronic Conditions: Their Prevalence and Costs / Hoffman C., Rice D., Sung H. Y. // JAMA. — 1995. — V. 276. — P. 1473—1479.

10. Wu S. Y., Green A. Projection of Chronic Illness Prevalence and Cost Inflation. — Washington DC.: RAND Health, 2000.

Надійшла до редакції 04.10.2006 р.

М. А. Гаєва

Клініко-томографічні порушення при деяких неврологічних захворюваннях, що перебігають на тлі ревматоїдного артриту

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

У роботі надані результати клініко-неврологічного та магнітно-резонансно-томографічного обстеження 102 хворих з дисциркуляторною гіпертонічною енцефалопатією II стадії та травматичною хворобою головного мозку, що перебігають на тлі ревматоїдного артриту. Здійснено контроль у 48 пацієнтів з аналогічними нозологічними формами, які не страждають на ревматоїдний артрит. За наявності ревматоїдного артриту у хворих більш виражені неврологічна симптоматика, схильність до симпатоадреналових пароксизмів, грубі структурні порушення у оболонках та речовині головного мозку.

М. А. Gaeva

Clinical-tomographical disorders at some neurology diseases proceeding on the rheumatic arthritis

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

Results of clinical-neurology and magnetic resonance tomographical investigation of 102 patients with dyscirculatory hypertensive encephalopathy II stage and traumatic disease of brain proceeding of the rheumatic arthritis are presented in the work. The control of 48 patients with analogous nosological forms don't suffering with rheumatic arthritis is spent. The inclination to sympatoadrenaly paroxysms, coarse structural disorders in membranes and substance of brain in rheumatic arthritis presence at the patients are more expressed.

УДК 616.831-005.1-005.4-085-07-032:611.018.749

А. Н. Завгородняя, соискатель кафедры невропатологии и нейрохирургии

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ЭНДОТЕЛИНПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Ишемический инсульт наряду с ишемической болезнью сердца и онкопатологией продолжает удерживать лидирующие позиции среди причин заболеваемости, смертности и инвалидизации населения Украины [1], при этом на сегодняшний день ряд вопросов, касающихся патобиохимии и патогенеза инсульта, остаётся до конца не решённым.

По мнению Stoclet J. et al. [2], повышение плазменной концентрации эндотелина-1 является маркером острого церебрального инфаркта. В высоких концен-

трациях эндотелин-1 опосредует вазоконстрикцию артерий и вен путём активации Ca^{2+} -каналов, вызывает пролиферацию гладких миоцитов и фибробластов сосудистой стенки, участвует в процессе программированной клеточной гибели — апоптозе, вызывает экспрессию адгезивных молекул [3, 4]. Одним из важнейших показателей эндотелиальной функции является исследование продукции эндотелина при различных заболеваниях, в том числе цереброваскулярных. Так, выявлено нарастание