

В. Н. Мищенко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины
(г. Харьков)

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С «НЕНЫМИ» ИНФАРКТАМИ МОЗГА

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей неврологических нарушений у больных с «немными» инфарктами мозга. Обследовано 126 больных в возрасте от 52 до 75 лет, у которых при проведении нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга) были обнаружены единичные и множественные «асимптомные» лакунарные инфаркты мозга. Описаны субъективные и объективные неврологические проявления заболевания. Приведены основные неврологические синдромы, проведен их сопоставительный анализ со структурными изменениями вещества головного мозга.

Ключевые слова: «немные» инфаркты мозга, клиническая картина, неврологические симптомы и синдромы, когнитивные нарушения.

Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из основных причин смертности, инвалидизации населения земного шара. Количество случаев мозгового инсульта (МИ) в большинстве стран мира значительно больше, чем инфарктов миокарда [1—3]. Возрастает во всем мире количество не только МИ, но и хронических нарушений мозгового кровообращения, которые часто приводят к деменции или предшествуют развитию острых нарушений мозгового кровообращения. Морфологической основой хронических нарушений мозгового кровообращения являются мелкие очаговые изменения головного мозга, диффузные изменения белого вещества головного мозга, атрофические процессы головного мозга [4—6].

Представляет интерес изучить особенности клинических проявлений заболевания у пациентов с хроническими нарушениями мозгового кровообращения, у которых обнаруживаются мелкие очаговые изменения головного мозга, которые обозначаемые в литературе как «асимптомные», «немные», «бессимптомные» лакунарные инфаркты мозга.

В течение длительного времени характерными признаками острой ишемии мозга считались клинические проявления транзиторной ишемической атаки (ТИА) или инсульта. Между тем результаты патоморфологических исследований в отдельных группах пациентов свидетельствовали, что даже при отсутствии в анамнезе ТИА или инсульта в паренхиме мозга могут быть обнаружены очаги сосудистой природы, которые имеют типичные признаки инфаркта [7—10].

Такие очаговые поражения головного мозга, обнаруживаемые патоморфологически или прижизненно при нейровизуализации, долгое время считались «находкой» с невыясненным или даже сомнительным клиническим значением. Однако в дальнейшем проведение исследований показало, что у больных с «немными» инфарктами мозга часто встречаются нарушения со стороны когнитивной сферы, изменения настроения, походки, псевдобульбарные симптомы, нарушения мочеиспускания [4, 5]. Вместе с тем, как показывает результаты проведенного литературного поиска недостаточно описаны клинико-неврологические

особенности течения заболевания у больных с «немными» инфарктами мозга.

Поэтому целью настоящей работы явилось изучить особенности неврологических нарушений у больных с «немными» инфарктами мозга.

В работе были применены следующие методы исследования: клинико-неврологический, психодиагностический, статистический.

Нами было обследовано 126 больных в возрасте от 52 до 75 лет, у которых при проведении нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга) были обнаружены единичные и множественные «асимптомные» лакунарные инфаркты мозга. Проводилось детальное клинико-неврологическое обследование больных с анализом факторов риска, субъективных и объективных проявлений заболевания. Для оценки состояния когнитивных функций была использована скрининговая шкала MMSE (Mini Mental State Examination). Средний возраст обследованных больных составил $61,8 \pm 12,3$ года. Среди обследованных больных было 82 женщины и 44 мужчины.

Был проведен анализ факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний у обследованных пациентов. 98 больных (77,8 %) страдали артериальной гипертензией (АГ) различной степени выраженности и длительности заболевания. Длительность АГ была от 4 до 12 лет. У 33 больных (26,2 %) наблюдалось кризовое течение АГ. У 43 больных (34,1 %) был обнаружен сахарный диабет (СД) II типа. У большинства пациентов СД сопровождался АГ. 48 больных (38,1 %) страдали фибрилляцией предсердий (ФП).

Нами было проведено тщательное клинико-неврологическое обследование больных с оценкой субъективных (табл. 1) и объективных проявлений заболевания.

Таблица 1

Субъективные проявления заболевания у пациентов с «немными» инфарктами мозга

Ведущие клинические симптомы	Кол-во больных	%
Снижение памяти	124	98,4
Головокружение несистемного характера	96	76,2
Снижение работоспособности	119	94,4
Шаткость и неуверенность походки	109	86,5
Шум в голове	116	92,0
Утомляемость	96	76,2
Эмоциональная лабильность	104	82,5
Повышенная тревожность	69	54,7
Расстройство сна	57	45,2
Головная боль	72	57,1
Нарушения мочеиспускания	27	34,0

Таким образом, ведущими жалобами больных были: снижение памяти, внимания, работоспособности, быстрая утомляемость, головокружение, шаткость

при ходьбі, підвищена тривожність, знижений фон настроєння, розлади сну.

У 57 (45,2 %) хворих відзначалися диссомнічні розлади в формі підвищеної сонливості, порушення циклу сну — бодрствование.

Основні неврологічні симптоми і синдроми у хворих з «немими» інфарктами мозку, визначаються при проведенні неврологічного обстеження хворих, а також частота їх зустрічальності представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Неврологічні симптоми і синдроми у хворих з «немими» інфарктами мозку

Неврологічні симптоми і синдроми	Кол-во хворих	%
Нистагм	23	18,2
Глязодвигальні порушення	95	75,4
Псевдобульбарні порушення	68	53,9
Пірамідна недостаточність	57	45,2
Геміпарез	4	3,1
Екстрапірамідні порушення	87	69,0
Мозжечкові розлади	44	34,9
Розлади чутливості	48	38,1

Когнітивні порушення, визначаються за шкалою MMSE, виявлялися майже у 90 % обстежених нами хворих. Загальний бал за шкалою коливався від 11,3 до 26,5. Середній бал склав $24,8 \pm 1,1$.

Найбільш частими неврологічними синдромами у обстежених нами хворих були екстрапірамідні розлади, когнітивні і псевдобульбарні порушення і др.

Жалоби хворих, неврологічні симптоми і синдроми, фактори ризику, а також особливості перебігу захворювання, виявлені у обстежених нами хворих з «немими» інфарктами мозку відповідають клінічним проявам ДЭ II і III стадії [6, 11, 12]. Тільки у 5 хворих (4 %) з загального числа обстежених не було виявлено ознак хронічної ішемії мозку.

Нами визначені особливості основних неврологічних синдромів у обстежених хворих, а також проведено порівняння їх з структурними змінами головного мозку, які визначалися при нейровізуалізації.

Серед двигальних порушень особливу увагу заслуговують екстрапірамідні і атактичні розлади.

Екстрапірамідні порушення були виявлені у 69 % обстежених нами хворих. В основному вони проявлялися олигобрадікінезією, гіпомімією, складністю ініціації двигальних актів, труднощі переключення з одного дієння на друге. Мишечна ригідність звичайно більш виражена в нижніх кінцівках. У деяких хворих спостерігалася апраксія ходьби з уповільненням кроку, укороченням і нерівномірністю кроку, нестійкістю при поворотах, тремором кінцівок. У 19 % хворих відзначався тремор верхніх кінцівок в спокої. Екстрапірамідні порушення частіше всього були у пацієнтів, у яких при МРТ відзначалися дифузні зміни речовини

головного мозку, а також візуалізувалися єдиничні або множинні інфаркти в області базальних гангліїв. По-видимому, наявність цього синдрому пов'язано не тільки з безпосереднім ураженням стріатума, але і з порушенням таламо-кортикальних зв'язків внаслідок множинних лакунарних інфарктів.

Почти у половини хворих відзначалися атактичні розлади, проявляються порушенням стояння і ходьби. Ходьба є результатом взаємодії трьох пов'язаних між собою церебральних функцій — локомоції, підтримання рівноваги (балансу) і адаптивних реакцій [6]. Термін «атаксія» (з грецького — «не маючий мети») використовується для позначення дезорганізованих, погано скоординованих або неловких рухів, не пов'язаних з наявністю пареза, порушеннями м'язцевого тону або насильственими рухами. Атаксія може проявлятися порушеннями підтримання рівноваги тіла і розладами ходьби, включаючи пошаткування при ходьбі, координації і мови, які за своїми проявленнями нагадують мову п'яного чоловіка. Одним з найбільш частих причин атаксії є ураження мозочка — ключової структури центральної нервової системи, забезпечуючої координацію рухів [6].

Псевдобульбарний синдром виявлявся у 68 (53,9 %) обстежених хворих. Він проявлявся рефлексивними орального автоматизма, в важких випадках — дизартрією, епізодами насильственного плачу, сміху.

Порушення ходьби і підтримання рівноваги в спокої найбільш помітні були у обстежених нами пацієнтів з псевдобульбарним синдромом і вираженими когнітивними розладами, що вказує на загальну патологічну основу цих синдромів.

Пірамідна недостаточність виявлялася у 45,2 % хворих, досягаючи ступеня пареза — тільки у 3,1 % хворих. При обстеженні виявлялися зміни в рефлекторній сфері — оживлення сухожильних і періостальних рефлексів (нерідко — асиметричне) з розширенням рефлексогенних зон, угнетення поверхневих рефлексів, кистеві і стопні патологічні рефлексії.

У частини хворих спостерігалися сенсорні розлади в формі зниження слуху, відчуження шуму в вухах, зрительні розлади в формі фотопсій або скотом. В основі цих порушень може лежати фронтально-субкортикальний синдром розширення [6].

Емоціональні порушення в формі апатії, депресивної симптоматики зустрічалися у 49 % хворих.

Таким чином, в клінічній картині захворювання у осіб з «немими» інфарктами мозку ведучими є екстрапірамідні, псевдобульбарні, глязодвигальні розлади, пірамідна недостаточність, емоціональні, когнітивні порушення. При цьому наявність структурних змін речовини головного мозку в формі «лакуни» часто не відповідає неврологічним проявам захворювання.

Лиць з «немими» інфарктами мозку слід розглядати як групу високого ризику розвитку і прогресування хронічної ішемії мозку, а значення такої находки як «неміє» осередки не слід недооцінювати. Пацієнтам з наявністю «неміє» інфарктів мозку, виявлених при нейровізуалізації, необхідно ретельне клініко-неврологічне обстеження і при необхідності проведення адекватних лікувальних і профілактичних заходів.

Список літератури

1. Wolfe CD. The impact stroke. /Br Med Bull 2000; 56: 275—286.
2. Argentine, C. The burden of stroke: a need for prevention / C. Argentine, M. Prencipe In: Prevention of Ischemic Stroke /Eds. C. Fieschi, M. Fisher. — London: Martin Dunitz, 2000; 1—5.
3. Di Carlo A. Human and economic burden of stroke / A. Di Carlo. Age Ageing. — 2009; 38: 4—5.
4. Pantoni, L. Leukoaraiosis: from an ancient term to an actual marker of poor prognosis / L. Pantoni // Stroke. — 2008; 39:1401—03.
5. Pantoni, L. The relation between white matter lesions and cognition / Pantoni L, Poggesi A, Inzitari D. // Curr. Opin Neurol. — 2007; 20: 390—97.
6. Дамулин, И. В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенетические, клинические терапевтические аспекты / И. В. Дамулин // Трудный пациент. — 2005. — № 6. — Т. 3. — С. 11—14.
7. Fisher, C. M. Lacunas: small, deep cerebral infarcts / C. M. Fisher // Neurology. — 1964; 15: 774—84.
8. Fisher, C. M. Lacunar strokes and infarcts: a review / C. M. Fisher // Ibid. — 1982; 32: 871—76.
9. Wardlaw J. M. What causes lacunar stroke? / J. M. Wardlaw // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2005; 76: 617—19.
10. Infraputamina 'lacunes'. Clinical and pathological correlations / [Pullicino P. M, Miller L. L., Alexandrov A. V., Ostrow P. T.] // Stroke. — 1995; 26: 1598—602.
11. Клиническая эффективность цитофлавина при дисциркуляторной энцефалопатии — хронической ишемии мозга / [Сулина З. А., Румянцева С.А., Федин А.И. и др.] // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. — 2005. — № 3. — С. 7—14.
12. Мищенко, Т. С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные взгляды на патогенез и диагностику / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова // Медична газета «Здоров'я України». — Київ. — 2006. — № 15—16. — С. 16—18.

Надійшла до редакції 05.05.2011 р.

В. М. Міщенко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України»
(м. Харків)

Клініко-неврологічна характеристика хворих з «німими» інфарктами мозку

Метою роботи стало вивчення особливостей неврологічних порушень у хворих з «німими інфарктами» мозку. Обстежено 126 хворих у віці від 52 до 75 років, у яких при проведенні нейровізуалізації (КТ, МРТ головного мозку) були виявлені одиничні та множинні «асимптомні» лакунарні інфаркти мозку. Описані суб'єктивні й об'єктивні неврологічні прояви захворювання. Наведені основні неврологічні синдроми, проведений їх порівняльний аналіз із структурними змінами речовини головного мозку.

Ключові слова: «німі інфаркти» мозку, клінічна картина, неврологічні симптоми і синдроми, когнітивні порушення.

V. N. Mishchenko

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

Clinical and neurological characterization of patients with "mute" brain infarcts

The objective of this work is to study the peculiarities of neurological disorders for the "mute" brain infarcts patients.

We have examined 126 patients aged from 52 to 75. Single and multiple "asymptomatic" lacunar brain infarcts was found during CT and MRI researches of this patients. We have brought the main neurological syndromes and have made comparative analysis with structural changes of brain matter.

Key words: "mute" brain infarcts, neurological symptoms and syndromes, cognitive disorders.