

УДК 616.831:616.133-007.271

КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Проф. І. А. ГРИГОРОВА, канд. мед. наук Н. С. КУФТЕРІНА, С. М. ГРИГОРОВ

Харківський національний медичний університет, Україна

Досліджено порушення мозкового кровообігу в осіб працездатного віку. Складність цієї проблеми обумовлена недостатнім вивченням зазначеної патології, низькою поінформованістю населення про перші симптоми та їх наслідки, які посідають перше місце серед причин первинної інвалідності, та несприятливою соціально-економічною ситуацією. Наведено клінічні приклади порушень мозкового кровообігу в осіб молодого віку, методи їх лікування.

Ключові слова: порушення мозкового кровообігу, молодий вік, хвороба Мойя-Мойя, судинні мальформації.

Порушення мозкового кровообігу є однією з найважливіших проблем сучасної клінічної неврології, частота якої, незважаючи на велику кількість сучасних методів діагностики та лікування, невпинно зростає, зокрема й в осіб молодого віку [1–4].

В останнє десятиріччя у світі близько 9 млн людей страждають на цереброваскулярні захворювання [5], щороку перший або повторний інсульт переносять близько 15 млн пацієнтів. В Україні згідно з офіційною статистикою реєструється не менше 130 тис. нових випадків на рік [6]. Міжнародна організація з боротьби з інсультом називає церебральну патологію «глобальною епідемією» [7, 8].

Порушення мозкового кровообігу є складною багатофакторною проблемою, частота якої зростає при збільшенні кількості чинників ризику — особливо артеріальної гіпертензії, паління, цукрового діабету. Важливу роль відіграють генетичні фактори: мітохондріальна патологія, хвороба Фабрі, спадкові форми гіпергомоцистемії, різні

тромбофілічні стани, сімейна (аутосомно-домінантна) гіперхолестеринемія, а також лакунарні інфаркти при церебральній аутосомно-домінантній артеріопатії із субкортикальними інфарктами і лейкоенцефалопатією [8–14].

Порушення мозкового кровообігу щороку обговорюються на численних міжнародних, всеукраїнських, регіональних з'їздах і конференціях, публікуються матеріали в спеціалізованих журналах, монографіях, навчальних посібниках [7, 8]. Різні аспекти цієї проблеми інтенсивно вивчаються неврологами, нейрохірургами, генетиками практично у всіх розвинених країнах світу. Більшість робіт спрямована на дослідження захворювання інсультом у популяції в цілому, хоча статистичні дані останніх років свідчать про зростання судинної патології головного мозку у людей молодого віку, у зв'язку із чим почали вивчатися порушення мозкового кровообігу з урахуванням вікових особливостей [15].

Складність проблеми порушень мозкового кровообігу в осіб молодого віку зумовлена не лише недостатністю вивчення зазначеної патології, низькою інформативністю населення про перші симптоми та їхні наслідки, які посідають перше місце серед причин первинної інвалідності, але й несприятливою соціально-економічною ситуацією [2–4, 8, 14, 16, 17]. Варто зазначити, що в таких економічно розвинених країнах, як Швеція, Норвегія, Японія, Канада, США, Австралія, показники цього захворювання в 2–4 рази менші, ніж в Україні [18, 19].

Інтерес до вивчення клініко-неврологічних особливостей порушень мозкового кровообігу в осіб молодого віку викликаний тим, що етіологія інсультів у більшості таких хворих відрізняється від їх етіології у пацієнтів старшої вікової групи і часто залишається нез'ясованою [20]. Це необхідно враховувати при проведенні кваліфікованої профілактики повторних епізодів, розробці алгоритму обстеження молодих пацієнтів — отже, зазначена проблематика має велике медико-соціальне значення.

Наведемо власні спостереження за хворими молодого віку, що перенесли гострі порушення мозкового кровообігу.

Хвора Р., 27 років, надійшла до неврологічного відділення КЗОЗ «Харківська обласна клінічна лікарня “Центр екстренної медичної допомоги та медицини катастроф”» (КЗОЗ «ХОКЛ “ЦЕМД та МК”») зі скаргами на часті болі в потиличній та скроневій ділянках голови, давлячий біль на очі, порушення зору, запаморочення, нудоту, іноді блювоту, виражену загальну слабкість, відчуття «посмикування» у м'язах рук і ніг, оніміння правих кінцівок, дратівливість, зниження пам'яті.

Із анамнезу захворювання відомо, що у серпні 2009 р. пацієнтка перенесла гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом у вертебрально-базиллярному басейні, інфаркт мозку в басейні лівої задньої мозкової артерії. Виконано МРТ + МР-ангіографію, ангіографічне обстеження, у результаті якого виявлено аномалію розвитку судин віллізієвого кола. Неодноразово лікувалася в ЦРЛ, неврологічному та нейрохірургічному відділеннях КЗОЗ «ХОКЛ “ЦЕМД та МК”». Інвалід III групи.

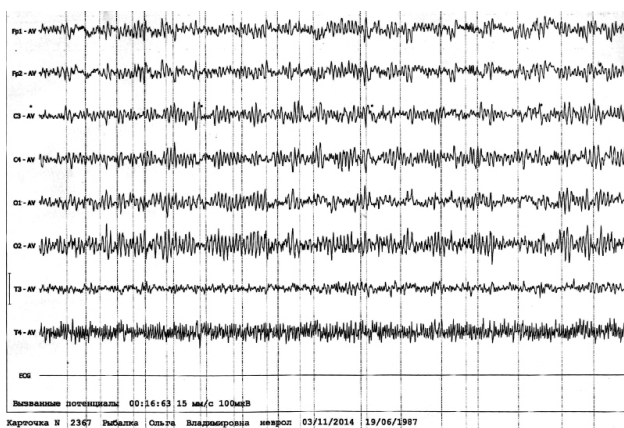


Рис. 1. ЕЕГ. Викликані потенціали

Із анамнезу життя: перебуває на диспансерному обліку з приводу хронічного тонзиліту; кесарів розтин (2010 р.); шкідливих звичок не має. Вензахворювання, тbc, хвороба Боткіна, цукровий діабет — негативні. Спадковий і алергічний анамнез не обтяжені.

Соматичний статус. Загальний стан відносно задовільний. Статура правильна. Шкірні покриви тілесного кольору, чисті. Пульс — 72 уд./хв. АТ — 100/60 мм рт. ст. Тони серця звучні, ритмічні. Над легеньми подих везикулярний. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка не збільшена. Периферичних набряків немає. Стул і сечовипускання без особливостей.

У неврологічному статусі: зіниці D > S, мідріаз справа. Реакція зіниць на світло послаблена справа. Корнеальний рефлекс збережений. Рух очних яблук обмежений вгору, болісний. Конвергенція ослаблена. Чутливість на обличчі збережена. Тригемінальні точки безболісні. Згладжена права носогубна складка. Язик по середній лінії. Сухожилльні рефлексі з верхніх кінцівок D < S середньої жвавости, з нижніх D > S високі; червні рефлексі abst. Синдроми Штрюмпеля — з двох боків, Бабінського справа. М'язова сила дифузно знижена більше в ногах D-3,5, S-4б. Проба Барре негативна. Координаторні проби виконує невпевнено, з інтенцією. У пробі Ромберга — атаксія. Гемігіпестезія справа. Астенізована. Емоційно лабільна.

RW (14.10.14 р.) — негативн.; цукор крові (14.10.14 р.) — 5,4 ммоль/л.

ЕЕГ (03.11.14 р.): на тлі помірних дифузних змін біоелектричної активності головного мозку реєструються ознаки пароксизмальної активності у вигляді множинних гострих хвиль у потиличних і центральних відведеннях, іритативні зміни без чітко локалізованого вогнища. Непрямі дані щодо м'язової напруги в скроневих відведеннях (рис. 1, 2).

РЕГ (03.11.14 р.): амплітуда кровонаповнення дещо знижена. Артеріальний тонус нестійкий. Ознаки утрудненого венозного відтоку.

ЕхоЕГ (03.11.14 р.): серединне М-Ехо без зміщення серединних структур головного мозку. Ознаки інтракраніальної гіпертензії. Ширина М-Ехо від основи III шлуночка dex = 7 мм; sin = 6,5 мм (N < 6 мм).

УЗДГ (03.11.14 р.): гемодинамічно значущої оклюзії не виявлено. Кровотік антероградний. Лінійна швидкість

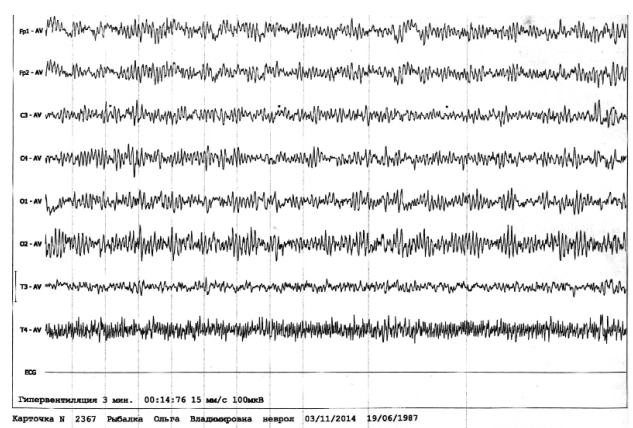


Рис. 2. ЕЕГ. Гіпервентиляція 3 хв

кровотоку в межах вікової норми. Спектр за дистонічним типом. Не візуалізується кровотік по лівій задній мозковій артерії (гіпоплазія), правій передній мозковій артерії.

ЕКГ, рентгенографія ОГК (14.10.14 р.): без патології.

МРТ головного мозку в судинному режимі: ознаки аномалії й оклюзії сполучних артерій віллізієвого кола (рис. 3).

Консультації спеціалістів. Нейрохірург (із амбулаторної картки): залишкові явища перенесеного ГПМК за ішемічним типом у вертебро-базиллярному басейні, інфаркту мозку в басейні лівої задньої мозкової артерії (серпень 2009 р.) з вестибулярно-атактичним, лікворно-гіпертензивним і астеничним синдромами, правобічна гомонімна геміанопсія. Вроджена аномалія розвитку судин головного мозку.

Психотерапевт (з амбулаторної картки): астено-невротичний синдром.

ЛОР (17.10.14 р.): хронічний тонзиліт.

Гінеколог (17.10.14 р.): практично здорова.

Діагноз: стійкі залишкові явища перенесеного ішемічного інсульту в вертебро-базиллярному басейні, інфаркту головного мозку в басейні лівої задньої мозкової артерії. Вроджена аномалія розвитку судин віллізієвого кола.

Лікування: L-лізину есцинат, нейрорубін, актовегін, цераксон, вестинорм, епілентал, ФТЛ, ЛФК.

Хвора Ф., 21 рік, звернулася до КЗОЗ «ХОКЛ «ЦЕМД та МК»» влітку 2006 р. зі скаргами на мінущу слабкість лівої руки тривалістю кілька хвилин, що виникає без видимої причини.

Із анамнезу відомо, що пацієнтка народилася від другої вагітності, пологи стрімкі. Зростала і розвивалася нормально. У віці 10–12 років з'явилися головні болі, запаморочення. У 16 років уранці після підйому з ліжка спостерігалася непритомність. У 2005 р. на тлі емоційних навантажень розвинулася слабкість правої руки (кілька хвилин). У червні 2006 р. з'явилися нападоподібні стани за типом простих парціальних епілептичних нападів. Протягом місяця приймала карбамазепін. Стан покращився, напади припинилися. Прийом антиконвульсантів припинила самостійно. Восени 2006 р. у хворої розвинулася слабкість у лівих кінцівках, було утруднене мовлення (до кількох годин).

Результати обстеження: аналіз крові клінічний — Нь = 164; Ер = 5,46; колірн. показник = 0,9; Л = 7,9; ШОЕ = 4; С/яд = 69; П/яд = 5; Е = 1; Л = 24; М = 1. Аналіз сечі клінічний — без патології. Цукор крові — 3,63; СРБ — негат. Х-с = 2,9; бета-ліпопротеїди — 27; тригліцериди — 0,49; ЛПВЩ = 1,58; ЛПНЩ = 1,22; ЛПДНЩ = 0,98; К = 0,84; ступінь агрегації тромбоцитів — 18,2%.

Огляд окуліста: без патології.

УЗД голови: хід і розподіл сонних артерій без особливостей. При транскраніальній доплерографії вдалося достовірно лоціювати тільки праву середню мозкову артерію і артерії вертебро-базиллярного басейну. По правій середній мозковій артерії спостерігався знижений колатеральний кровотік. За основною і обом хребетним артеріям має місце антеградний кровотік із вираженим венозним відтінком. Ураховуючи множинність і неспецифічність виявлених змін, для виключення судинної патології рекомендовано ангіографічне дослідження судин головного мозку.



Рис. 3. МРТ головного мозку

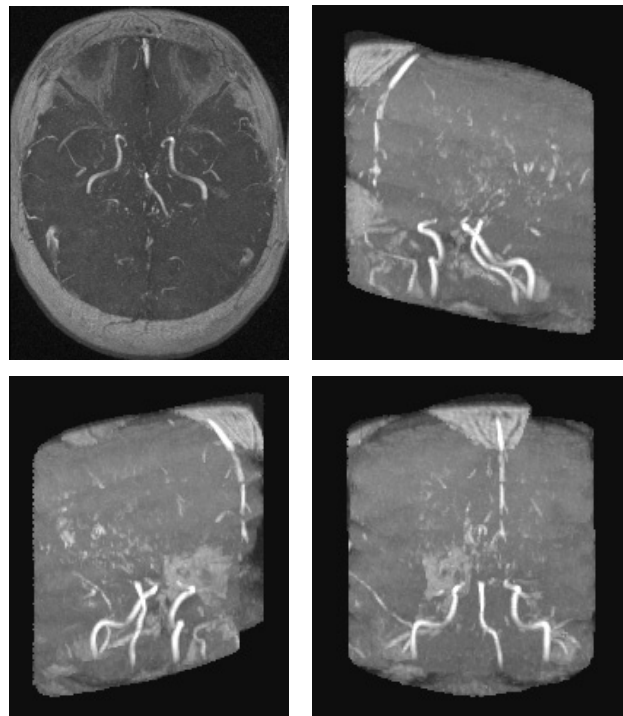


Рис. 4. Дані МРТ-дослідження у 4-х проєкціях

ЕЕГ: спостерігаються дифузні зміни біоелектричної активності. Залучення дієнцэфальних та стовбурових структур головного мозку. Фокальні порушення біоелектричної активності в скроневих і тім'яних відведеннях із двох боків, дещо більше зліва. Підвищена судомна активність на фоні і після гіпервентильації в скроневих і тім'яних відведеннях.

МРТ: на серії томограм у семіовальних центрах великих півкуль мозку з двох боків визначаються поодинокі дрібні слабо гіперінтенсивні вогнища на T2-зображеннях. Серединні структури не зміщені. Шлуночкова система правильної форми, нормальних розмірів. Субарахноїдальні простори конвекситальної поверхні великих півкуль мозку лобно-тім'яних ділянок і в правій потиличній ділянці слабо розширені. Висновок: ознаки енцефалопатії (найімовірніше, резидуально-органічного характеру), легка зовнішня гідроцефалія.

МРТ в ангіографічному режимі: на томограмах головного мозку, проведених в ангіографічному режимі, кровотік по внутрішніх сонних і базиллярних артеріях візуалізується. Відзначається асиметрія кровотоку по хребетних артеріях (D > S). Кровотік по передніх мозкових

і середніх мозкових артеріях різко знижений («симптом ампутації»). Відзначаються множинні покручені, «хмароподібні» судинні тіні у ділянці базальних ядер і білої речовини головного мозку білатерально. Висновок: ознаки хвороби Мойя-Мойя (рис. 4).

Лікування хворої проводилося на підставі загальнолітературних даних та міжнародних стандартів терапевтичного лікування хвороби Мойя-Мойя. Після лікування у хворої спостерігалася позитивна динаміка, однак вогнищева симптоматика регресувала не повністю на тлі лікування засобами, що впливають на реологічні властивості крові. Оскільки гемодинамічні можливості у хворої

вельми обмежені, перспективи відновлення неврологічних функцій, у тому числі й запобігання подальшим передбачуваним ГПМК, можуть бути здійснені переважно за рахунок поліпшення процесів метаболізму головного мозку нейропротекторними препаратами нового покоління.

Таким чином, питання причин розвитку, патогенезу, клінічної картини та терапевтичної тактики порушень мозкового кровообігу в осіб молодого віку залишаються відкритими. З огляду на літературні дані можна зробити висновок, що, незважаючи на можливість сучасної медицини, існує багато проблем, які ще потребують подальшого вивчення.

Список літератури

1. *Александрійский А. А.* Клинико-нейрофизиологическая характеристика начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга у лиц молодого возраста: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.01.13 «Нервные болезни» / А. А. Александрійский. — Иваново, 2006. — 19 с.
2. *Барабанова Э. В.* Роль диссекции сонных и позвоночных артерий в развитии цереброваскулярных нарушений (обзор литературы и клиническое наблюдение) / Э. В. Барабанова, Е. Н. Пономарева, И. В. Булаев // Мед. новости. — 2008. — № 1. — С. 19–22.
3. *Белопасов В. В.* Клинические варианты и этиопатогенез нарушений мозгового кровообращения у женщин в репродуктивном периоде [Электронный ресурс] / В. В. Белопасов, В. А. Каховский // Неврол. вестн. — 1998. — Вып. 3–4. — Режим доступа: <http://www.infamed.com/nb/index.htm>
4. *Виленский Б. С.* Инсульт — современное состояние проблемы / Б. С. Виленский // Неврол. журн. — 2008. — № 2. — С. 1–11.
5. Инсульт в молодом возрасте, обусловленный диссекцией позвоночных артерий с окклюзией основной артерии [Электронный ресурс] / И. Н. Смирнова, А. О. Чечеткин, Б. А. Кистенев [и др.] // Нервные болезни. — 2006. — № 3. — С. 33–40. — Режим доступа: [://www.neurology.ru/professional/an_3_2006_33.pdf](http://www.neurology.ru/professional/an_3_2006_33.pdf)
6. Епідеміологія мозкового інсульту в Україні / Т. С. Міщенко, І. В. Здесенко, О. І. Коленко [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології. — 2005. — Т. 13, Вип. 1 (42). — С. 23–28.
7. Homocysteine and Risk of Recurrent Stroke / G. Boysen, T. Brander, H. Christensen [et al.] // Stroke. — 2003. — Vol. 34 (5). — P. 1258–1261.
8. Stroke in the Young in the Northern Manhattan Stroke Study / B. S. Jacobs, B. Boden-Albala, R. L. Sacco [et al.] // Stroke. — 2002. — Vol. 33. — P. 2789.
9. Зозуля И. С. Инфаркты головного мозга в молодом возрасте: причины, особенности клинического течения / И. С. Зозуля, В. И. Боброва // Медицина неотложных состояний. — 2005. — № 1. — С. 36–37.
10. Ишемический инсульт в молодом возрасте, обусловленный стенозирующим расслоением (диссекцией) интракраниального отдела внутренней сонной артерии и ее ветвей / Л. А. Калашникова, Т. С. Гулевская, П. Л. Ануфриев [и др.] // Анналы неврологии. — 2009. — С. 18–24.
11. *Кадыков А. С.* Особенности нарушений мозгового кровообращения (инсультов) в молодом возрасте [Электронный ресурс] / А. С. Кадыков, Н. В. Шапаронова // РМЖ. — 2006. — Т. 14, № 4. — Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_4145.htm
12. Significant association of atrial vulnerability with atrial septal abnormalities in young patients with ischemic stroke of unknown cause / K. Berthet, T. Lavergne, A. Cohen [et al.] // Stroke. — 2000. — Vol. 31. — P. 398–403.
13. *Bushnell C. D.* Diagnostic testing for coagulopathies in patients with ischemic stroke / C. D. Bushnell, L. B. Goldstein // Stroke. — 2000. — Vol. 31. — P. 3067–3078.
14. Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine. A population-based study of hospitalized patients / A. N. Westover, S. McBride, R. W. Haley [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 2007. — Vol. 64 (4). — P. 495–502.
15. *Зербіно Д. Д.* Гострі порушення мозкового кровообігу у чоловіків віком до 50 років: етіологія та морфогенез / Д. Д. Зербіно, Н. З. Гринчишин, І. І. Цюк // Укр. мед. часопис. — 2008. — № 1 (63). — С. 83–87.
16. *Винничук С. М.* Ишемический инсульт: эволюция взглядов на стратегию лечения / С. М. Винничук, Т. М. Черенько. — К.: Комполіс, 2003. — 120 с.
17. Возрастные анатомо-морфологические особенности кровоизлияний в мозг и специфика изменения иммунологических показателей в зависимости от возраста пациентов и тяжести заболевания / В. В. Фонин, Е. В. Домрачева, С. П. Авраменко [и др.] // Неврол. вестн. — 2007. — С. 26–30.
18. *Горбась І. М.* Фактори ризику мозкового інсульту: поширеність, динаміка, контроль / І. М. Горбась // Здоров'я України. — 2009. — № 22 (227). — С. 14–15.
19. *Дзяк Л. А.* Инсульт у молодых пациентов / Л. А. Дзяк, Е. С. Цуркаленко // Здоров'я України. — 2009. — № 5/1. — С. 12–15.
20. *Деев А. С.* Церебральные инсульты в молодом возрасте / А. С. Деев, И. В. Захарушкина // Журн. неврологии и психиатрии. — 2000. — № 1. — С. 14–17.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

И. А. ГРИГОРОВА, Н. С. КУФТЕРИНА, С. Н. ГРИГОРОВ

Исследованы нарушения мозгового кровообращения у лиц молодого возраста. Сложность этой проблемы обусловлена недостаточным изучением данной патологии, низкой информированностью населения о первых симптомах и их последствиях, которые занимают первое место среди причин первичной инвалидности, и неблагоприятной социально-экономической ситуацией. Приведены клинические примеры нарушений мозгового кровообращения у лиц молодого возраста, методы их лечения.

Ключевые слова: нарушения мозгового кровообращения, молодой возраст, болезнь Мойя-Мойя, сосудистые мальформации.

CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES OF CEREBRAL CIRCULATION DISORDERS IN YOUNG PEOPLE

I. A. GRYGOROVA, N. S. KUFTERINA, S. M. GRYGOROV

Cerebral circulation disorders were investigated in able-bodied persons. The complexity of the problem of stroke in young people due to lack of study of this disease, poor population information about the first symptoms and their consequences, which ranks first among the causes of primary disability, and adverse socio-economic situation. The article gives examples of clinical stroke in young people and methods of their treatment.

Key words: cerebral circulation disorders, young age, Moya-Moya disease, vascular malformations.

Надійшла 29.12.2014