

УДК 616.831-005.4

О. А. Алексеева

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Представлены результаты клинического, параклинического, экспериментально-психологического обследования больных с цереброваскулярными заболеваниями на фоне климактерического синдрома. Проведенные исследования выявили особенности течения цереброваскулярной патологии на фоне климактерического синдрома, что необходимо учитывать в диагностическом и лечебном процессе.

Введение

Цереброваскулярная патология (ЦВП) представляет собой наиболее распространенную группу заболеваний головного мозга в зрелом и пожилом возрасте [1]. Большая медико-социальная значимость и актуальность проблемы ЦВП определяется ее широкой распространенностью, высокой частотой смертности и инвалидизации [2]. Поэтому важными задачами являются совершенствование методов ранней диагностики, оказание эффективной медицинской помощи и снижение заболеваний ЦВП [3].

Нередко симптомы ЦВП у женщин возникают впервые на фоне климактерического синдрома [4].

Целью настоящего исследования является изучение особенностей течения цереброваскулярной патологии у женщин с климактерическим синдромом, улучшение диагностики, разработка рационального лечения и профилактики с учетом климактерических расстройств и использованием средств воздействия на эти нарушения.

Задачи исследования включали изучение неврологического (в том числе вегетативного) статуса, результатов параклинического и экспериментально-психологического обследования больных с ЦВП на фоне климактерического синдрома.

Важная роль в развитии сосудистых заболеваний головного мозга у женщин отводится климактерическому синдрому [5]. В климактерическом периоде у женщин развивается комплекс вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, обусловленный угасанием гормональной функции яичников и общей возрастной инволюцией организма [6]. Отклонения проявляются не только в развитии атеросклероза, но и в развитии нарушений регуляции функционирования системы кровообращения. Течение климакса и менопаузы может быть гладким и осложненным, с проявлением различных жалоб, объединяющихся в понятие «климактерический синдром» [7].

В период менопаузы у женщин могут возникать изменения высшей нервной деятельности, обусловленные возрастным увяданием нейрогоρμο-

нальной сферы: снижение психической активности, нарушение памяти и внимания, депрессивные расстройства, раздражительность [8]. Гормональный дисбаланс приводит к появлению характерных вазомоторных расстройств – приливов, сердцебиения, колебаний артериального давления. Разнообразные вегетативные нарушения включаются в структуру климактерического синдрома. Приливы жара, потливость, повышенная нервозность, депрессивный фон настроения и нарушения сна являются при этом частыми явлениями. Нередко у больных на фоне возрастной инволюции возникают миопатоподобные изменения, сопровождающиеся диффузным похуданием и слабостью мышц конечностей и остеопорозом, проявляющимся спондилопатией с рефлекторными и корешковыми синдромами, которые могут возникать как на шейном, так и на поясничном уровне [9].

Неврологические расстройства, возникающие у женщин после хирургического вмешательства (удаление матки с придатками), аналогичны возникающим в период менопаузы, но их развитие может быть более активным, а течение более тяжелым. Наблюдаются довольно часто церебральные сосудистые кризы с развитием общемозговой симптоматики, депрессивные расстройства, нарушение памяти и внимания.

Материал и методы

Проведено обследование 60 больных с ЦВП, протекающей на фоне климактерического синдрома. Средний возраст пациентов составил $51,2 \pm 1,27$ года. ЦВП у всех больных проявлялась хронической недостаточностью мозгового кровообращения (дисциркуляторной энцефалопатией) I, II, III стадии и начальными симптомами недостаточности мозгового кровообращения.

В контрольную группу в количестве 30 человек были включены больные с аналогичной цереброваскулярной патологией без климактерических расстройств. Цереброваскулярная патология определялась по общепринятым клиническим критериям. Климактерический синдром диагностировался при наличии анамнестических данных, полисиндромности, полиморфизма патологических нарушений и заключения гинеколога.

Всем больным проводилось комплексное клиническое и параклиническое обследование с изучением неврологического статуса, с исследованием вегетативного статуса, включающего три группы показателей: вегетативный тонус, вегетативную реактивность, вегетативное обеспечение деятельности.

Использовалось экспериментально-психологическое исследование с помощью шкалы Гамильтона, самоопросника депрессии CES-D, теста «миниментал».

Исследовался клинический анализ крови с определением уровня гематокрита. Биохимический анализ крови включал определение глюкозы, холестерина, триглицеридов, индекса атерогенности, протромбинового индекса (ПТИ), международного нормализованного отношения (МНО), фибриногена. Всем больным проводилось иммуноферментное исследование гормонов крови: тиреотропного гормона гипофиза, пролактина, лютеинизирующего гормона, эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона.

У исследуемых больных применялись нейровизуализационные методы обследования (рентгенография черепа и позвоночника, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головного мозга); клинко-нейрофизиологические и ультразвуковые методы исследования (электроэн-

цефалография, электронейромиография, ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов, транскраниальная доплерография). Все больные были осмотрены гинекологом.

Поверхностная и стимуляционная электронейромиография (ЭНМГ) проводилась с помощью компьютерного электронейромиографа «Нейро-МВП» компании «Нейрософт» (Россия).

Применялась поверхностная (глобальная, накожная) ЭНМГ мышц шейно-затылочной локализации и паравerteбральных мышц на поясничном уровне. При наличии у больных клинических признаков корешковых синдромов проводилась стимуляционная ЭНМГ с целью определения М-ответа и скорости распространения возбуждения по моторному волокну.

УЗДГ проводилась на ультразвуковом доплеровском диагностическом комплексе «Ангиодин» с программным обеспечением WinPatienExpert и Doppler Diagnostics.

При проведении УЗДГ экстракраниальных сосудов лоцировались следующие артерии: общая сонная (ОСА) и ее ветви – внутренняя (ВСА) и наружная (НСА) сонные артерии; надблоковые (НА) артерии; позвоночные артерии (ПА). При наличии признаков компрессионно-ирритативных изменений со стороны позвоночных артерий проводились функциональные пробы с поворотами головы. Транскраниальная УЗДГ позволяла лоцировать среднюю мозговую артерию (СМА), переднюю мозговую артерию (ПМА), основную артерию (ОА). В норме показатели асимметрии по артериям головного мозга не превышают 15–30 %. Для позвоночных артерий допускается асимметрия линейных скоростей кровотока до 30 %. УЗДГ позволила диагностировать стенооокклюзирующие и шунтирующие поражения артерий головного мозга, оценить их гемодинамику, возможности коллатерального кровотока и цереброваскулярный резерв.

У всех больных применялась электроэнцефалография (ЭЭГ) – регистрация спонтанно возникающих (метод классической ЭЭГ) или вызванных в ответ на различные афферентные раздражения (гипервентиляция и фотостимуляция) электрических потенциалов головного мозга (метод ВП) преимущественно в диапазоне частот от 0,5 до 35 Гц.

Было проведено рентгенологическое обследование больных, которое включало рентгенографию черепа, шейного или поясничного отделов позвоночника в зависимости от локализации вертебрального синдрома. Рентгенография черепа проводилась в двух проекциях (прямой и боковой) с целью выявления аномалий развития, нейроэндокринных нарушений, признаков внутричерепной гипертензии. Рентгенография шейного и поясничного отделов позвоночника проводилась в двух проекциях (прямой задней и боковой) с целью выявления изменений межпозвонковых дисков и изучения двигательной функции исследуемых отделов позвоночника.

При наличии показаний больные направлялись на компьютерную томографию (КТ) головного мозга. Исследование проводилось на спиральном компьютерном томографе PICKER PQ 5000 производства США (толщина среза и шаг стола – от 1 до 8–10 мм).

В ряде наблюдений применялась магнитно-резонансная томография головного мозга и краниоцервикального перехода (МРТ). Исследование проводилось с помощью магнитно-резонансного томографа фирмы Siemens с напряженностью магнитного поля 1,0 Тл, толщиной срезов от 2,0 мм.

Результаты исследования

Больные исследуемой группы предъявляли жалобы на приливы жара, сердцебиение, потливость, повышенную нервозность, депрессивный фон настроения и нарушения сна. Их беспокоили головные боли диффузного характера, головокружение системного и несистемного характера, шаткость, неустойчивость при ходьбе, ощущение шума в голове. По сравнению с контрольной группой отмечена большая выраженность жалоб, относящихся к вестибулярным расстройствам, цефалгическому синдрому, вегетативной дисфункции. В неврологическом статусе у исследуемой группы больных отмечалась микроочаговая симптоматика: слабость конвергенции, снижение фотореакций, установочный нистагм, асимметрия носогубных складок, анизорефлексия глубоких рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, чувствительные нарушения, миопопадание и интенция при выполнении координаторных проб, атаксия при ходьбе и в позе Ромберга.

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (ХНМК) у женщин исследуемой группы проявлялась поражением вертебробазилярного бассейна в 89 % случаев, каротидных бассейнов в 11 % наблюдений. У больных с преимущественным поражением вертебробазилярного бассейна диагностирован вестибулоатактический синдром. Пирамидный синдром выявлен у группы больных с поражением каротидных бассейнов. У 3,4 % больных (2 человека) отмечен синдром паркинсонизма. ХНМК I стадии диагностировалась у 43 % больных (26 человек), II стадии – у 30 % больных (18 человек), III стадии – у 5 % больных (3 человека), начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения – у 20 % больных (13 человек).

Всем больным проводилось вертеброневрологическое обследование, которое выявляло рефлекторные и корешковые синдромы шейного и поясничного остеохондроза. В исследуемой группе в 25 % наблюдений (15 человек) диагностировались рефлекторные синдромы на шейном уровне (нейродистрофические и мышечно-тонические), в 18,3 % случаев – рефлекторные синдромы на поясничном уровне, в 13,3 % наблюдений – корешковые синдромы на поясничном уровне, в 6,6 % случаев – корешковые синдромы на шейном уровне, что достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Поверхностная ЭНМГ позволила диагностировать потенциалы фасцикуляций при исследовании паравертебральных мышц, возникновение которых часто связано с мышечно-тоническим рефлекторным синдромом остеохондроза позвоночника. Стимуляционная ЭНМГ выявила снижение М-ответа и скорости распространения возбуждения по моторному волокну, что характерно для корешкового поражения.

В исследуемой группе при ЭНМГ была выявлена спонтанная активность в виде потенциалов фасцикуляций при исследовании паравертебральных мышц у 70 % больных (42 человека), а также отмечено снижение М-ответа и скорости распространения возбуждения по моторным волокнам исследуемых нервов у 30 % больных (18 человек), что достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

В исследуемой группе больных при УЗДГ достоверно чаще ($p < 0,05$) было выявлено снижение скорости кровотока по внутренней сонной, основной и позвоночным артериям. Асимметрия кровотока по ОСА определялась у 3 больных, по ВСА у 13 больных, по ПА у 44 больных. Стенозирующее по-

ражение ВСА выявлено у 4 больных (6,6 %). При проведении ротационных проб признаки экстравазального воздействия на позвоночные артерии выявлены у 40 больных (66,6 %). Признаки затруднения венозного оттока по глазным венам определялись у 25 больных (42 %).

При проведении ЭЭГ признаки выраженной дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга и раздражения подкорково-стволовых структур выявлялись у 32 больных (53 %). Локальная пароксизмальная патологическая активность была зарегистрирована у 4 больных (6,6 %).

Рентгенография черепа позволила выявить у больных исследуемой группы признаки нейроэндокринных нарушений (лобный гиперостоз) в 35 % наблюдений (21 человек), признаки внутричерепной гипертензии в виде расширения каналов диплоических вен, усиления рисунка «пальцевых вдавлений» у 7 человек (11,6 %). Изменения турецкого седла (истончение спинки, углубление дна, признаки остеопороза) были выявлены у 5 пациентов (8,3 %).

Спондилография шейного и поясничного отделов позвоночника позволила выявить изменения в виде унковертебральных артрозов, снижения высоты межпозвонковых дисков, наличия остеофитов, нестабильности в позвоночно-двигательных сегментах, остеоартрозов. Данные изменения по классификации Зекера соответствовали остеохондрозу 1 степени – 13,3 % (8 больных), 2 степени – 56,6 % (34 человека), 3 степени – 30 % (18 больных). На рентгенограммах шейного и поясничного отделов позвоночника в условиях выполнения функциональных проб выявлялась нестабильность в позвоночно-двигательных сегментах в 15 % случаев (9 больных).

В исследуемой группе больных при проведении компьютерной и магнитно-резонансной томографии чаще, чем в контрольной, выявлялись мелкие очаги, характеризующиеся гиперинтенсивным сигналом на T2 изображениях и пониженной плотностью на компьютерных томограммах, локализующиеся в перивентрикулярных отделах головного мозга; различной степени атрофические изменения головного мозга в виде расширения желудочковой системы и субарахноидальных пространств с избыточным скоплением цереброспинальной жидкости в 40 % случаев (24 больных). Таким образом, проявления ХНМК были более выражены у женщин с климактерическими расстройствами.

Заключение

В результате проведенного клинического и параклинического комплексного обследования были выявлены особенности течения ЦВП у больных с климактерическими расстройствами. ХНМК у обследуемых больных проявлялась чаще поражением вертебробазилярного бассейна. При клиническом обследовании по сравнению с контрольной группой отмечалась значительная выраженность вестибулоатактического, цефалгического, астенодепрессивного синдромов.

Достоверно чаще выявлялось сочетание цереброваскулярных расстройств с рефлекторными (нейродистрофическими и мышечнотоническими) и корешковыми синдромами шейного и поясничного остеохондроза.

Изменения на рентгенограммах черепа характеризовались нейроэндокринными нарушениями.

Согласно данным УЗДГ отмечалось достоверное уменьшение скорости кровотока в вертебробазилярном бассейне, наблюдалась венозная дисциркуляция.

При проведении КТ и МРТ головного мозга у большинства больных выявлены диффузное поражение белого вещества в перивентрикулярных областях, множественные лакунарные очаги, вторичные атрофические изменения коры головного мозга.

У больных с цереброваскулярной патологией, протекающей на фоне климактерических расстройств, отмечены быстрое прогрессирование заболевания и хороший эффект от комплексного патогенетического лечения.

Таким образом, особенности течения ЦВП на фоне климактерических расстройств необходимо учитывать в диагностическом и лечебном процессе.

Список литературы

1. **Гусев, Е. И.** Ишемия головного мозга / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова. – М. : Медицина, 2001 – 328 с.
2. Болезни нервной системы : руководство для врачей : в 2-х т. / под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2003. – 744 с.
3. **Одинак, М. М.** Инсульт. Вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и терапии / М. М. Одинак, И. А. Вознюк, С. Н. Янишевский. – СПб. : ВМедА, 2005. – 192 с.
4. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / под ред. А. М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.
5. **Абусуева, З. А.** Генетические факторы сердечно-сосудистых заболеваний у женщин постменопаузального возраста / З. А. Абусуева, Л. З. Файзуллин, Н. В. Стрижова, Г. Т. Сухих / Акушерство и гинекология: научно-практический журнал. – 2006. – № 5. – С. 32–34.
6. **Калинин, А. П.** Неврологические расстройства при эндокринных заболеваниях / А. П. Калинин, С. В. Котов. – М. : Медицина, 2001. – 272 с.
7. Клиническая эндокринология: руководство / под ред. Н. Т. Старковой. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2002. – 576 с.
8. Эндокринология / под ред. Н. Лавина. – М. : Практика Москва, 1999. – 1127 с.
9. **Попелянский, Я. Ю.** Ортопедическая неврология (вертеброневрология) : руководство для врачей. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – 672 с.