

Риноларингологические и цереброкардиальные нарушения у больных дисциркуляторной энцефалопатией

О.А. Агеева, С.А. Агеева

ФГУ «Клиническая больница» УД Президента РФ

В статье рассмотрены вопросы формирования сочетанной кардионеврологической (кардиocereбральный синдром) и отоларинго-кардио-неврологической (рино-кардиальный и рино-вегето-кардиальный синдромы) патологии у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения. Представлены собственные результаты, полученные с использованием комплекса современных методов диагностики (МРТ, КТ, МРА, КТА), ЭЭГ, ЭКГ.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, риноларингологические и цереброкардиальные нарушения, диагностика.

The authors of the present paper discuss mechanisms of developing combined cardioneurologic (cardiocerebral syndrome) and otorhio-cardio-neurologic (rhino-cardial and rhino-vegeto-cardial syndromes) pathologies in patients with chronic insufficiency of brain blood circulation. The authors also present their own findings obtained with modern diagnostic techniques (MRI, CT, MSCT-angio, CTA), EEG, ECG.

Key words: discirculatory encephalopathy, rhinolaryngological and cerebrocardial disorders, diagnostics.

В последнее время все больше обращает на себя внимание церебро-кардиальная патология, когда острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) вызывают нарушения сердечного ритма, проводимости и очаги ишемии, которые ухудшают прогноз церебрального сосудистого заболевания — церебро-кардиальный синдром (Ц-КС). Имеет место и кардио-церебральный синдром (К-ЦС) — «апоплектиформный синдром при инфаркте миокарда» (Н.К. Боголепов, 1971) и другие ОНМК, которые могут вызваться фибрилляцией предсердий, постинфарктными аневризмами и тромбами в полости левого желудочка, ревматическими поражениями сердца, и проч. (А.В. Артамонов, 1995). Однако «согласно современным представлениям, инсульт следует рассматривать не как одномоментное событие, а как процесс, развивающийся во времени и пространстве, с эволюцией очаговой церебральной ишемии от незначительных функциональных изменений до необратимого структурного поражения мозга — некроза» (З.А. Суслина, 2008). Соответственно особое значение в профилактике первичных и повторных инсультов приобретает диагностика и лечение хронических прогрессирующих ишемических заболеваний головного мозга — дисциркуляторных энцефалопатий (ДЭ) и сопутствующей патологии, которая может быть одной из причин развития ДЭ, способствовать её прогрессированию и осложнениям.

В настоящее время в медицинской литературе среди конкретных проблем кардионеврологии освещается роль гипоксии, инфекций и заболеваний щитовидной железы в развитии церебро-кардиальной патологии (Ц-КП). В тени внимания остаются заболевания носа и горла, несмотря на то, что патология ЛОР — органов может представлять собой хронические очаги инфекции, индуцировать патологию щитовидной железы, рефлекторно вызывать раздражение вегетативных центров головного мозга, усиливать гипоксию при затруднении носового дыхания и проч., способствуя развитию Ц-КП.

В связи с этим в настоящей работе мы поставили следующие цели и задачи.

Цель работы — изучить частоту и характер риноларингологических и церебро-кардиальных нарушений у больных с ДЭ.

Задачи:

1. Уточнить частоту и характер риноларингологических и церебро-кардиальных нарушений у неврологических больных с ДЭ (1 основная группа) по результатам собственных наблюдений клинического исследования с использованием современных методов диагностики (МРТ, КТ, МРА, КТА), ЭЭГ, ЭКГ.

2. Уточнить частоту и характер церебро-кардиальных нарушений у ринологических больных с хроническими заболеваниями носа по результатам общего клинического исследования с использованием КТ пазух носа (КТпн), ЭЭГ, ЭКГ и (по показаниям) современных методов прижизненной визуализации головного мозга (КТ, КТА, МРТ, МРА).

Материалы и методы

Под нашим наблюдением был 81 больной в возрасте от 19 до 84 лет (мужчин — 43, женщин — 38). Из них 41 пациент (мужчин — 16, женщин — 25) с ДЭ находился на лечении в «неврологическом отделении для больных с нарушением мозгового кровообращения» ФГУ КБ УД Президента РФ - 1-я (основная) группа исследуемых больных. Сроки наблюдения от 7 месяцев до 5 лет. Остальные 40 больных (мужчин — 26, женщин — 14) — 2-я (контрольная) группа - ЛОР пациенты консультативно-отделения больницы с хроническими заболеваниями носа и затруднением носового дыхания, которым планировалось хирургическое лечение.

Больные подробно обследованы. Использованы общепринятые клинические методы и современные технологии: МРТ головного мозга (у 5), КТ головного мозга (у 53), МРА (у 3) и КТА ангиография сосудов головы и шеи (у 34 больных), которая выполнялась на мультислайсовом компьютерном томографе с внутривенным контрастированием по программе многослойного (6) объёмного сканирования толщиной коллимации 1мм, толщиной реконструкции 1,25 мм, 3мм, 5 мм. КТ пазух носа в корональной и аксиальной проекции (выполнена

у 61 больного) была обязательным исследованием в контрольной (в ЛОР) группе. У всех больных в обеих группах проведены ЭЭГ и ЭКГ исследования.

Результаты исследования

Так как важно проследить особенности ДЭ у пациентов на возрастных этапах до 45 лет, в таблице № 1 демонстрируется распределение больных 1-й основной и 2-й контрольной групп по возрасту и подгруппам в группе молодого (по классификации ВОЗ до 45 лет) возраста.

Из таблицы № 1 видно, что в группе 1 общее число больных молодого возраста – 9 – 21.95% = числу больных старческого возраста 9 – 21.95% и немного уступает числу больных пожилого возраста – 10 – 24.39%. Вместе пациенты пожилого и старческого возраста (19) составляют 46.34% больных 1 группы. В группе 2 наоборот пациенты пожилого и старческого возраста отсутствуют, а число больных молодого возраста – 25 – 62.5% составляет абсолютное большинство. Больные среднего возраста 1 и 2 групп значительно меньше отличаются по численности (13 – 31.7 % и 15 – 37.5 %), чем больные молодого возраста в возрастных подгруппах. Кроме того, при оценке результатов исследования важно учитывать, что 46.34% больных 1-ой группы старше 60 лет, а 62, 5% больных 2-й группы не превышают 45 летнего возраста.

Больные первой группы предъявляли самые разнообразные жалобы. На кратковременные потери сознания жаловались 13 больных. Чаще всего жаловались на головокружение, слабость, недомогание, которые в той или иной степени беспокоили каждого больного. Абсолютное большинство больных (29 – 70,71%) жаловались (в первую очередь) на постоянные или приступообразные головные и лицевые боли (в области лба, переносицы и за глазами чаще с одной стороны). У 11 больных (26,82%) на высоте пароксизмальных болевых приступов иногда появлялось кратковременное онемение половины лица, чаще левой иногда правой руки, покалывание в области сердца. Примечательно, что подобные жалобы были в анамнезе у двух больных из контрольной группы (у мужчин 21 года и 32 лет) на фоне хронического гнойного гайморита, который не поддавался консервативному лечению более 2 лет. После успешного хирургического лечения интенсивность приступов пароксизмальных лицевых и головных болей у этих двух больных стала стихать, прекратились приступы онемения лица и руки, боли и неприятные ощущения в области сердца, которые беспокоили более 5 лет. Начало заболевания больные связывали с ОРВИ, которое осложнилось острым гайморитом.

В группе №1 начало заболевания или его обострение у 12 больных связывалось с ОРВИ или гайморитом, у 19 – со стрессовой ситуацией, у 6 больных – с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), у 3 пациентов признаки ДЭ стали появляться после инфаркта миокарда. Давность заболевания варьировала от нескольких месяцев до 10 и более лет. Травмы и сотрясения головного мозга в анамнезе были у 9 больных.

Поводом для госпитализации в неврологическое отделение (группа 1) у 4 больных молодого возраста послужили выраженные мигреноподобные головные боли. При обследовании у них выявлена дисфункция вегетативных ядер головного мозга (по данным ЭЭГ), начальные признаки ДЭ и хронического воспалительного процесса пазух носа в стадии стихания обострения (у 3) и в острой стадии (у 1 больного 26 лет). Воспалительный процесс в пазухах протекал субклинически и диагностирован в неврологическом отделении лишь при исследовании головного мозга методами МРТ, КТ или КТА. На догоспитальном этапе осмотра ЛОР - врача не было. Этим больным для уточнения состояния околоносовых пазух была произведена КТ пазух носа (КТпн). В результате у 2 больных (мужчины 26 и женщины 27 лет), кроме гайморита и этмоидита, выявлен сфеноидит. У этого же мужчины при КТА отмечено значительное сужение левой яремной вены. Гипоплазия поперечного синуса и яремной вены слева отмечена ещё у женщины 39 лет с ДЭ-1, расстройством ВНС и хроническим гнойным гайморитом в анамнезе.

Признаки хронического гайморита и этмоидита вне обострения выявлены при целенаправленном исследовании (КТпн) ещё у 4 больных группы 1 молодого возраста. Из этих 4 больных у 2 женщин (37 и 43 лет) заболевание началось после тяжёлого гнойного гайморита: у одной больной появились пароксизмальные прозопагии, а у другой возобновились синкопальные состояния. Всего у больных молодого возраста с ДЭ1 хронический вяло текущий синусит обнаружен в 8 из 9 случаев, т.е у 88,99% и у 1 больной он был в анамнезе. Следовательно, у всех 9 больных молодого возраста 1 группы выявлен хронический синусит в момент обострения (у 1), в стадии стихания обострения (у 3), вне обострения (у 4) и в анамнезе (у 1 больной).

В клинической картине ДЭ у больных молодого возраста преобладали признаки расстройства ВНС и застойной энцефалопатии. Только у 3 больных (36, 39 и 45 лет) отмечены начальные признаки атеросклероза.

В группе №1 среднего возраста диагностирована

ДЭ-1 у 3, ДЭ-2 у 8, ДЭ-3 у 2 пациентов. Воспалительные заболевания носа и горла выявлены у 9 – 69,23%, но практически у всех (13) больных были признаки вазомоторного или гипертрофического ринита чаще без выраженного искривления перегородки носа. В клинической картине ДЭ преобладали расстройства ВНС с психопатологическими синдромами в виде панических атак, тревожно-депрессивных состояний,

Таблица 1

Распределение больных по возрасту в 1 основной и 2 контрольной группах

Возраст больных	Молодой			Средний	Пожилой	Старческий	Итого
	до 30	31–40	41–45				
1 основная группа	3	4	2	13	10	9	41
2 контрольная группа	11	6	8	15	–	–	40
Всего	14	10	10	28	10	9	81

астено-невротического синдрома и прочее. Гипоплазия левой яремной вены и поперечного синуса выявлена у 1 больного с ДЭ-3, гипоплазия позвоночной артерии у 1 больной с ДЭ-2. Выраженное затруднение венозного оттока по данным РЭГ было у 1 больного с ДЭ-1 и у 2 больных с ДЭ-2. Расширение, чаще умеренное, наружных ликворных пространств отмечалось у каждого больного среднего возраста. Признаки атеросклероза разной степени выраженности в системе сонных и позвоночных артерий выявлены у всех больных с ДЭ-2 и ДЭ-3, последствия перенесенного ишемического инсульта – у 2 больных. В клинической картине у пациентов среднего возраста были выражены признаки расстройства ВНС, застойной и атеросклеротической энцефалопатии, т.е. ДЭ была преимущественно смешанного характера – застойной и атеросклеротической.

В группах больных пожилого (ДЭ-1 у 1, ДЭ-2 у 7, ДЭ-3 у 2) и старческого (ДЭ-2 у 6, ДЭ-3 у 3) возраста доминировали признаки атеросклеротической ДЭ с типичными клиническими проявлениями. Всего в 1 группе (41) было с ДЭ-1 – 13, с ДЭ-2 – 21 и с ДЭ-3 – 7 пациентов.

По данным ЭЭГ у всех больных группы 1 отмечалось в большей или меньшей степени снижение биоэлектрической активности коры головного мозга, дисфункция стволовых и диэнцефальных структур. Наиболее выраженная дисфункция высших вегетативных центров была у мужчины 26 лет с ДЭ-1 и обострением хронического сфеноидита. Снижение порога судорожной готовности отмечено у 5 больных.

Коронарная болезнь сердца, начиная от небольших изменений миокарда левого желудочка (у больных молодого возраста в двух первых подгруппах) до постинфарктного кардиосклероза (у больных после 45 лет), нестабильности коронарного кровообращения миокарда левого желудочка (чаще у больных пожилого и старческого возраста), стенокардии напряжения и проч., отмечалась у всех больных. Кроме того, наблюдались изменения ЭКГ, которые трудно было связать с возрастом: нарушение А-V проводимости, синусовая тахикардия, преходящая экстрасистолия и мерцательная аритмия, удлинение Q – T, изменение фазы реполяризации.

В группе (№ 2) у больных отмечались идентичные цереброкардиальные нарушения. В клинической картине – нейровегетативные синдромы (ганглионарно-сегментарные, гипоталамо-стволовые, кортико-висцеральные) с соответствующими изменениями на ЭЭГ и ЭКГ. Разница состояла в том, что на ЭЭГ у больных группы № 2 чаще выявлялись понижение порога судорожной готовности (у 17,5%), а в 1 группе (у 12,19 %) больных. Ишемические изменения сосудов мозга и сердца были значительно более выражены у больных группы № 1, а частота изменений фазы реполяризации в группе № 2 (у 23 – 57,5%), что значительно превышает частоту реполяризации (7 – 17,07%) у больных в группе № 1.

На фоне лечения у всех больных отмечалась положительная динамика состояния с полным или частичным регрессом ряда симптомов.

Обсуждение полученных результатов

Идентичность цереброкардиальных нарушений у больных № 1 и № 2 групп может говорить о этиопатогенетической связи между ринологическими и церебральными нарушениями у больных с ДЭ. Принимая во внимание особенности венозного оттока от анатомических структур полости носа и его пазух (через венозные синусы головного мозга), можно понять эту связь и причину наиболее частой формы венозной патологии головного мозга – энцефалопатии. Венозная ДЭ бывает в двух формах: первичной дистонической и вторичной застойной дисциркуляторно-гипоксической (Н.В. Бабенков, 1995).

О патогенетической связи заболеваний носа, головного мозга и сердца может говорить и рино-кардиальный синдром (Р-КС). По своей сути Р-КС является рино-вегето-кардиальным синдромом, так как возникает при раздражении вегетативных рецепторов полости носа, носовых пазух на фоне дисфункции вегетативных центров головного мозга (В.В. Аникин, А.А. Курочкин, С.М. Кушнир, 2000) и проявляется нарушением А-V проводимости, аритмией, удлинением Q – T, изменениями фазы реполяризации миокарда подобно Ц-КС.

Выводы

Влияние заболеваний носа и горла на развитие и клиническое течение ДЭ очевидно. Оно ярче проявляется у больных молодого и среднего возраста нейровегетативными синдромами и усиливает цереброкардиальные нарушения во всех возрастных группах.

Заболевания носа и горла у больных дисциркуляторной энцефалопатией часто имеют скрытое течение и в 35% случаев бывают случайными находками при КТ или МРТ исследовании головного мозга, являясь зачастую истинной причиной неврологической симптоматики (например, краниалгий).

Все больные с цереброваскулярными заболеваниями должны осматриваться и обследоваться оториноларингологами для выявления субклинических форм ЛОР-заболеваний

Литература

1. Боголепов Н. К. *Мозговые кризы и инсульт.* – М., 1971.
2. Трошин В.Д. *Нервная система и коронарная болезнь.* – Г., 1974.
3. Аникин В.В., Курочкин А.А., Кушнир С. М. *Нейроциркуляторная дистония у подростков.* – Тверь, 2000.
4. Суслина З.А. *1 национальный конгресс. Кардионеврология.* – М., 2008.
5. Трошин В.Д., Боровков Н.Н. *Неотложная кардионеврология.* М., 2010. – с. – 170.
6. Бабенков Н.В., *Кремлёвская медицина. Журн. Клинический вестник,* апрель – июнь 1995, №2, с.27.
7. Струтынский А.В., *Электрокардиограмма: анализ и интерпретация.* М., 2008.