

Т. Т. АКОПЯН

НЕКОТОРЫЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В КАТАМНЕЗЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Сосудистая патология головного мозга является одной из актуальных проблем современной медицины, что обусловлено распространенностью и большим процентом смертности лиц трудоспособного возраста от сосудистых заболеваний головного мозга.

Большое внимание за последние годы уделяется преходящим нарушениям мозгового кровообращения (ПНМК), которые являются наиболее частой сосудистой церебральной патологией и могут быть предвестниками мозгового инсульта [1, 3, 4, 5].

Литературные данные по изучению катамнеза больных, перенесших ПНМК, немногочисленны.

К. Ф. Канарейкин и И. С. Куруленко [2] наблюдали 117 больных гипертонической болезнью с церебральными кризами с длительностью заболевания от 11 до 17 лет. У одной трети этих больных произошел мозговой инсульт. Р. А. Ткачев с сотр. [6, 7], изучая катамнез 203 больных с ПНМК, установили развитие мозгового инсульта в сроки до 6 лет после возникновения первого церебрального криза у 42 человек.

Сам по себе характер клинического проявления ПНМК не определяет степени вероятности возникновения мозгового инсульта. Инсульт может возникнуть у больных с легкими сосудистыми кризами, в то время как у больных с тяжелым течением нарушения мозгового кровообращения преходящего характера он может и не развиться.

Очень важно установление критериев, указывающих на неблагоприятное течение заболевания у больных с сосудистым поражением головного мозга, перенесших ПНМК, особенно изучение сосудов глазного дна в сопоставлении с данными неврологического обследования больных.

С целью выявления прогностического значения изменений глазного дна и артериоретинального давления у больных, перенесших ПНМК, нами проанализированы амбулаторные карты 40 больных (мужчин 11, женщин—29) в возрасте от 40 до 79 лет, страдающих гипертонической болезнью, у которых в условиях стационара при остром нарушении мозгового кровообращения преходящего характера наряду с осмотром терапевта, невропатолога, клинико-диагностических и биохимических ла-

бораторных исследований крови и мочи было проведено офтальмологическое исследование в динамике. Анализ проведен в сроки от одного до 8 лет после наблюдаемого острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

При первом наблюдении у 16 больных (из 40) нарушение мозгового кровообращения (НМК) отмечалось впервые, у 24 в анамнезе имелись указания на церебральные сосудистые кризы в прошлом. Клиническое проявление ПНМК у 8 больных было легким, у 15—средней тяжести, у 17—тяжелым.

Необходимо отметить, что гипертоническая болезнь во всех случаях сочеталась как с общим атеросклерозом, так и с церебральным, на что указывало органическое поражение сосудов сетчатки (у 39 из 40), наличие у большинства больных атеросклеротического кардиосклероза, часто с нарушением коронарного кровообращения I или II степени, высокого уровня протромбина крови, сниженного лецитин-холестеринового индекса, склероза аорты и т. д.

В табл. 1 отображено распределение больных по стадиям и давности гипертонической болезни (ко времени наблюдаемого НМК).

Таблица 1

Стадии гипертонич. бол.	Давность гипертонической болезни					Всего больных
	выявлена при кризе	1—5 лет	6—10 лет	свыше 11 лет	давность неизвестна	
II А		2		1		3
II Б	4	7	2	3	2	18
III А		5	5	7	1	18
III Б			1			1
Всего	4	14	9	11	3	40

По характеру дальнейшего течения заболевания больные, перенесшие ПНМК, были распределены на 4 группы.

Первая группа включала 5 человек, у которых после выписки из стационара НМК не наблюдалось.

Вторая группа—26 человек, у которых возникали повторные ПНМК. Повторные нарушения мозгового кровообращения возникали в одной и той же гемисфере, за исключением двух больных, у которых НМК наблюдались то в одной, то в другой гемисфере, в обоих наблюдениях в каротидной системе. Тяжесть клинического проявления повторных кризов у одних и тех же больных была различной.

В третью группу вошли 4 больных, у которых развился мозговой инсульт (у одного геморрагический, у 3 ишемический), от которого трое скончались. Инсульт у всех больных развился спустя 6—7 лет после первого нарушения мозгового кровообращения, развитию его предшествовали частые преходящие нарушения мозгового кровообращения.

Четвертая группа включала 5 больных, умерших от различных причин (2—от инфаркта миокарда, одна—от сердечной недостаточности, один—от уремии, причина смерти последнего больного не выяснена).

Таким образом, у большинства больных, перенесших ПНМК, в дальнейшем наблюдались повторные нарушения мозгового кровообращения преходящего характера.

В табл. 2 приводится сопоставление дальнейшего течения заболевания с картиной глазного дна.

Таблица 2

Группа дальнейшего течения заболевания	Картина глазного дна						Колич. больных
	ангиопатия сетч.	ангиосклероз сетч.	ретинопатия	невро-ретинопатия	застойный диск зр. н.	дистрофия сетч.	
I	1	4					5
II		14	10	2			26
III		1	3				4
IV			2		2	1	5
Всего	1	19	15	2	2	1	40

В табл. 3 приводится сопоставление дальнейшего течения заболевания со средним уровнем артериального давления.

Таблица 3

Группа дальнейшего течения заболевания	Средний уровень артериального давления					
	АД в плечевой артерии		АД в ретинальной артерии		коэффициент ретин. плеч. отношения	
	сист.	диаст.	сист.	диаст.	сист.	диаст.
I	170	95	130	75	0,75	0,68
II	200	100	—	80	—	0,82
III	195	110	—	104	—	0,93
IV	206	117	—	89	—	0,78

Из табл. 2 следует, что у большинства больных первой группы отмечалась наименьшая патология на дне глаз, в то время как во второй группе в половине наблюдений имелось поражение ткани сетчатки и диска зрительного нерва. У больных III и IV групп отмечено тяжелое поражение глазного дна, у всех больных имелись ретинальные геморрагии и помутнение сетчатки, за исключением одного больного, о котором будет сказано ниже.

Особенно неблагоприятным оказался прогноз при застойных дисках зрительных нервов, при которых смерть наступила в течение одного года

после их возникновения, хотя благодаря терапевтическим мероприятиям с ликвидацией острого нарушения мозгового кровообращения явления застоя диска зрительного нерва ликвидировались.

Наблюдение за глазным дном в динамике у всех больных выявило значительное улучшение после ликвидации острых проявлений НМК, при повторных НМК вновь возникали ретинальные геморрагии. Ухудшение картины глазного дна при повторных НМК явилось плохим прогностическим показателем, в особенности возникновение ретинальных геморрагий.

У больного С. А., 56 лет при первом наблюдении в остром периоде НМК на дне глаз отмечались признаки гипертонического ангиосклероза сетчатки (больной 4 года страдал частыми гипертоническими церебральными кризами). В дальнейшем НМК повторялись, и больной неоднократно находился на стационарном лечении. В течение двух лет наряду с усилением склеротических изменений сосудов сетчатки, что выражалось в появлении симптома Салюс-Гуна II и III степени, почти на всех артерио-венозных перекрестках в наличии симптома «медной и серебряной проволоки» стали появляться ретинальные геморрагии, вначале в виде штрихов и точек, а затем лужиц, не исчезающих с клиническим прекращением нарушения мозгового кровообращения. Спустя шесть лет после первого ПНМК больной умер от инсульта. Артериальное давление в плечевых и ретинальных артериях было на высоком уровне: в плечевых—220—120 мм рт. ст., а в ретинальных—систолическое превышало предел шкалы офтальмодинамометра, диастолическое колебалось в пределах 75—103 мм рт. ст.

Описанное наблюдение наглядно показывает неблагоприятное течение заболевания при ухудшении офтальмоскопической картины (появление ретинальных геморрагий).

Средний уровень артериального давления в остром периоде НМК был высоким у всех больных, особенно тех, у которых впоследствии развился мозговой инсульт.

Исследование артериального давления по группам дальнейшего течения заболевания у больных в некризовом периоде выявило понижение, по сравнению с острым периодом, однако нормализация его произошла лишь у больных первой группы. Артериоретинальное давление и коэффициент ретинально-плечевого отношения несколько снижаются, по сравнению с острым периодом НМК, но остаются выше нормы у всех больных, в особенности у больных III группы.

В табл. 4 приведен средний уровень артериального давления в некризовом периоде по группам дальнейшего течения заболевания.

Таким образом, у всех больных с неблагоприятным течением заболевания (III и IV гр.) на глазном дне отмечена тяжелая патология, свойственная гипертонической болезни, в ряде случаев с застойными явлениями. Уровень артериального давления был высоким, в особенности в сосудах мозга, на что указывал высокий коэффициент ретинально-плечевого отношения.

Контрольное исследование больных I и II групп (15 чел.) в неврологическом статусе первой группы (2 чел.) не выявило каких-либо остаточных явлений после перенесенного ПНМК. У большинства больных второй группы выявлена очаговая микросимптоматика, как лицевая

Таблица 4

Группа дальнейше- го течения заболевания	Средний уровень артериального давления					
	АД в плечевой артерии		АД в ретинальной артерии		Коэффициент ретиналь- но-плеч. отношения	
	сист.	диаст.	сист.	диаст.	сист.	диаст.
I	126	89	93	61	0,66	0,68
II	161	98	124	73	0,73	0,72
III	193	95	140	75	0,72	0,68
IV	182	100	135	79	0,69	0,72

асимметрия, положительные рефлексy орального автоматизма, анизо-рефлексия.

На глазном дне преимущественно отмечены явления ангиосклероза ретины. Только у двух больных с частыми ПНМК наблюдалась ретинопатия, которая отмечалась в течение 7 лет с периодическими улучшениями и ухудшениями. У одного больного, имеющего в прошлом ангиосклероз сетчатки, на глазу, гомолатеральном бывшему мозговому очагу, появилось ретинальное кровоизлияние. Больной страдает частыми сочетанными церебро-кардиальными кризами и ко времени контрольного исследования общее состояние больного было неудовлетворительным.

Уровень артериального давления в плечевых артериях при контрольном исследовании был нормальным у больных первой группы. Артерио-ретинальное давление и коэффициент ретинально-плечевого отношения был высоким у всех 15 больных.

Итак, наши исследования показывают, что, несмотря на относительно благоприятное течение заболевания, у больных I и II групп имеется готовность церебральных сосудов к срыву компенсаторных механизмов мозгового кровообращения и при способствующих факторах (отрицательные эмоции, физическое и умственное перенапряжение) могут возникнуть преходящие либо стойкие нарушения мозгового кровообращения.

Мы склонны думать, что относительно благоприятное течение заболевания у наших больных есть результат терапевтических мероприятий. Это лишний раз доказывает необходимость диспансерного наблюдения и комплексного лечения больных, перенесших ПНМК, с целью профилактики инсульта.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

1. Катамнестическое обследование больных, перенесших ПНМК, свидетельствует о более частых ПНМК в последующем течении заболевания (26 из 40), по сравнению с наступлением инсульта [4], что свидетельствует о мобилизации компенсаторных механизмов церебрального кровотока у этих больных.

2. Выраженная патология на глазном дне, выявленная при катамнестическом обследовании больных (поражение ткани сетчатки и диска зрительного нерва с ретинальными геморрагиями и застойными явле-

ниями) и стойкое повышение артериоретинального давления у больных, перенесших ПНМК, является критерием, указывающим на возможность развития мозгового инсульта.

3. Ввиду большого процента неблагоприятного течения заболевания больные, перенесшие ПНМК, нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении с проведением терапевтических мероприятий, что является профилактикой инсульта, т. к. может на значительное время оттянуть его развитие.

Кафедра нервных болезней Ереванского

медицинского ин-та и Медотдел

МВД Арм. ССР

Поступило 8/VII 1970 г.

Р. С. ՀԱՅՈՐՅԱՆ

ՈՐՈՇ ԱՎԱՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ ՈՒՂԵՂԻ ԱՆՑՈՂԻԿ ԲՆՈՒՅԹԻ
ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ԿԱՏԱՄՆԵԶՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ուղեղային արյան շրջանառության խանգարումով տառապող հիվանդների մոտ, ինսուլտների պրոֆիլակտիկայի հարցում մեծ նշանակություն ունի այն չափանիշների հայտնաբերումը, որոնք ցույց են տալիս ինսուլտի զարգացման հնարավորությունը:

Ուղեղի և աչքի ընդհանուր արյան մատակարարումը, նրանց անոթների միանման կազմությունը և ներվալորումը պայմանավորում են ցանցենու (աչքի հատակի և ցանցենու զարկերակային ճնշման) կազմաբանական և ֆունկցիոնալ վիճակի ուսումնասիրության կարևորությունը:

Ուղեղային շրջանառության անցողիկ բնույթի խանգարումներով տառապող հիվանդների կատամնեստիկ հետազոտությունը ցույց տվեց, որ ինսուլտը զարգանում է այն հիվանդների մոտ, որտեղ եղել են հիպերտոնիկ և կանգային բնույթի աչքի հատակի արտահայտված փոփոխություններ, ցանցենու զարկերակային բարձր ճնշման հետ մեկտեղ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бурд Г. С. Врачебное дело, 1962, 8, стр. 22.
2. Конрадейкин К. Ф., Куруленко И. С. Журнал невропатологии и психиатрии, 1962, 1, стр. 32.
3. Коновалов Н. В., Шмидт Е. В. Журнал невропатологии и психиатрии, 1960, 12, стр. 1557.
4. Лурье З. Л. Расстройство мозгового кровообращения. М., 1953.
5. Паль И. Заболевание сердечно-сосудистого тонуса. М., 1937.
6. Ткачев Р. А., Александрова Л. И., Прохорова Э. С. В кн.: Современные проблемы невропатологии. М., 1964, стр. 190.
7. Ткачев Р. А., Александрова Л. И., Маркова Е. Д., Готовцева Е. В., Прохорова Э. С. В кн.: Преходящие нарушения мозгового кровообращения. М., 1967, стр. 96.