

Каук О.И.

ПРИЧИНЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕХОДЯЩИХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Харьковский национальный медицинский университет

В настоящее время проблема нарушений мозгового кровообращения у детей и подростков является междисциплинарной и формируется на стыке детской неврологии, кардиологии, ангиологии и патологии свертывающей системы крови.

Целью нашего исследования было выявление причин и особенностей клинических проявлений преходящих нарушений мозгового кровообращения у детей и подростков.

Исследование проводилось на базе Городской детской поликлиники № 15 г. Харькова. Под наблюдением находились 23 ребенка в возрасте от 11 до 17 лет с наличием одного и более эпизодов преходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК) (13 девочек и 10 мальчиков).

Всем детям было проведено углубленное сомато-неврологическое обследование, нейровизуализационные (ЯМРТ) и нейрофизиологические (ЭЭГ, УЗДГ сосудов головы и шеи) методы обследования, определены клинические и биохимические показатели крови. Для исключения кардиологического генеза ПНМК детям проводилось ЭКГ, УЗИ сердца, а для выявления вертеброгенного генеза ПНМК – рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными нагрузками.

Обсуждение результатов. В обследуемой группе у 18 детей (78,3%) отмечались эпизоды ПНМК в вертебро-базилярном бассейне и у 5 детей (21,7%) в каротидных бассейнах.

ПНМК в вертебро-базилярном бассейне в 72,2% случаев (13 детей) проявлялось в виде глазодвигательных нарушений с двоением предметов перед глазами, у 3-х детей (16,6%) в виде преходящего пареза лицевого нерва и у 2-х детей (11,1%) в виде кратковременной дизартрии.

ПНМК в каротидных бассейнах в 40% случаев (2 детей) характеризовалось появлением нестойких парезов, в 40% случаев (2 детей) – гемипарестезий и у 1 ребенка (20%) непродолжительной моторной афазией.

Длительность ПНМК в среднем составляла 58 ± 12 минут. Хотелось бы отметить, что ПНМК в вертебро-базилярном бассейне были более длительные, чем ПНМК в каротидных бассейнах (96 ± 11 и 36 ± 7 соответственно).

Повторение эпизодов ПНМК встречалось 47,8% случаев. Наличие 2-х эпизодов ПНМК отмечалось у 7 детей (30,4%), 3-х эпизодов – у 3-х детей (13%), у 1 ребенка (4,3%) отмечалось наличие 4 –х эпизодов ПНМК.

Наличие отягощенного перинатального анамнеза имелось в 65,2% случаев (15 детей): 8 детей в возрасте до 12 месяцев состояли на учете у невролога с диагнозом – гидроцефально-гипертензионный синдром и 7 детей – имели тонусные нарушения.

В 86,9% случаев (20 детей) в анамнезе отмечались частые головные боли, сжимающего характера преимущественно в височных областях, периодические головокружения. У 11 детей (47,8%) отмечались синкопальные состояния.

Во всех случаях, ЯМРТ головного мозга, не выявила очаговых изменений в веществе головного мозга. При проведении ЯМРТ в ангиорежиме в 4-х случаях (17,4%) было выявлена аномалия (гипоплазия) позвоночной артерии и в 1 случае (4,3%) – трифуркация внутренней сонной артерии.

Среди детей с ПНМК в вертебро-базиллярном бассейне в 16 случаях (88,9%) при рентгенографии шейного отдела позвоночника была выявлена нестабильность в сегментах С3-С6 на фоне диспластического остеохондроза.

Проведенная электроэнцефалография (ЭЭГ) не в одном из случаев не выявила специфических изменений биоэлектрической активности головного мозга. Отмечались легкие диффузные изменения с признаками дисфункции дизэнцефально-стволовых структур.

Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головы и шеи в 86,5% случаев у детей с ПНМК в вертебро-базиллярном бассейне выявила асимметрию линейной скорости кровотока (ЛСК) по позвоночным артериям, в 12,3% случаев – патологическую извитость позвоночной артерии. Асимметрия ЛСК по позвоночным артериям была обусловлена спазмом экстракраниального отдела в 44,4% случаев, интракраниального отдела – в 22,2% случаев, гипоплазией – в 16,6% случаев. Выраженная венозная дисциркуляция была выявлена в 72,2% случаев.

У детей с ПНМК в каротидных бассейнах УЗДГ сосудов головы и шеи в 60 % случаев выявляло асимметрию ЛСК по средним мозговым артериям, спазм глазничных артерий в 40% случаев.

При проведении ЭКГ и УЗИ сердца не в одном из случаев не было выявлено нарушений сердечного ритма и аномалий развития, способных привести к развитию ПНМК.

В биохимических анализах крови обследуемой группы не было выявлено значимых нарушений системы свертывания крови, включая наличия антифосфолипидных антител. У 47,8% детей было выявлено повышение уровня гомоцистеина в крови: у 6 детей до 8 - 8,5 мкмоль/л, у 4 детей до 9 – 10 мкмоль/л и у 1 ребенка уровень гомоцистеина составлял 11,6 мкмоль/л.

Выводы. Проведенное исследование выявило, что ПНМК у детей и подростков чаще встречаются в вертебро-базиллярном бассейне, имеют

тенденцию к повторению, катamnестически характеризуются цефалгическим синдромом, головокружениями и синкопальными состояниями. Основными причинами ПНМК у детей и подростков являются аномалии развития сосудов головного мозга, нестабильность шейного отдела позвоночника и гипергомоцистеинемия, что необходимо учитывать при диспансерном наблюдении за данной категорией детей и подростков с целью ранней диагностики и профилактики стойких нарушений мозгового кровообращения.