

ՀՏԴ: 616.379

ՄԵՏԱԲՈԼԻԿ ՅԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ՄԱՆԻՖԵՍՏԱԳԻԱՆ ՆՅԱՐԴԱԲԱՆԱԿԱՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ

Գասպարյան Ա.Ա.
«Էլիպ-Մեդ» բժշկական կենտրոն

Բանալի բառեր՝ մետաբոլիկ համախտանիշ, մանիֆեստացիա, զարկերակային ճնշում:

Մետաբոլիկ համախտանիշի հայտնաբերման դիսկի խմբերի մեջ հիմնականում մտնում են այն անձինք, ովքեր ունեն հետևյալ հիվանդությունները, համախտանիշները կամ դրանց բարդությունները.

- R Զարկերակային գերճնշում,
- R Պերիֆերիկ անոթների ախտահարում, ցերեքրովասկուլյար հիվանդություններ, որոնք կապված են աթերոսկլերոզի հետ,
- R 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետ,
- R Մարմնի քաշի ավելցուկ և ճարպակալում:

Բոլոր այս հիվանդությունները, համախտանիշներն ու դրանց դրսևորումները ունեն իրենց արտահայտությունները նյարդաբանությունում:

Առհասարակ դժվար է նշել մի հիվանդություն կամ համախտանիշ, որը չընդգրկի նյարդային համակարգը: Խոսելով մետաբոլիկ համախտանիշի մասին, որի դրսևորումները բազմազան ու բազմաթիվ են, կարևոր է առանձնացնել մի քանի հիմնական հիվանդություններ, որոնք մեծ դեր ունեն նյարդաբանության մեջ: Մետաբոլիկ համախտանիշի ամենահաճախակի արտահայտություններից է զարկերակային գերճնշումը:

Զարկերակային գերճնշումը կամ զարկերակային հիպերտենզիան (Զ/Գ կամ Զ/Հ) ամենահաճախ հանդիպող սիրտ-անոթային հիվանդություններից մեկն

է, այն բնորոշվում է զարկերակային ճնշման 140/100 մմ. ս.ս. և ավելի կայուն բարձրացմամբ:

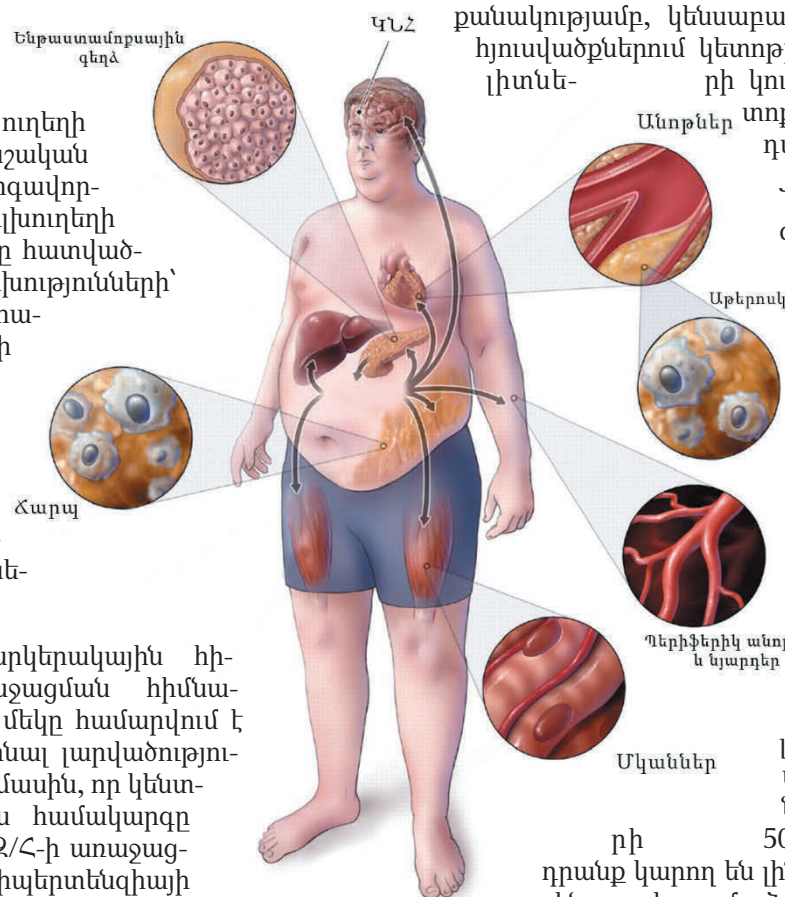
Զ/Հ-ի առաջին ախտանիշներից մեկը հանդիսանում է գլխացավը, որն առաջանում է օրվա ցանկացած ժամի, ավելի հաճախ՝ առավոտյան: Գլխացավերն ունեն ձգող, ճնշող բնույթ, ծանրության զգացումով, տեղակայվում են առավելապես ծոծրակային հատվածում՝ հետագայում տարածվելով գագաթաճակատային հատված: Զ/Հ-ի ժամանակ գլխացավերն ուժեղանում են հազախ, ինչպես նաև գլուխը կախելիս, որն ուղեկցվում է կոպերի և դեմքի այտուցով: Որոշ դեպքերում գլխացավերը կարող են առաջանալ որպես գլխի մկանների լարվածության հետևանք: Այս ցավը սովորաբար առաջանում է պսիխոէմոցիոնալ լարված վիճակից կամ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո և դադարում է հանգստի կամ կոնֆլիկտների վերանալուց հետո:

Որպես կանոն՝ հիվանդների առաջին զանգատները սկսվում են թիրախ-օրգանների ախտահարումից հետո, քանի որ նրանք համարվում են ամենազգայունը ի պատասխան զարկերակային ճնշման բարձրացմանը: Այդ դեպքում գլխուղեղի արյան շրջանառության խանգարման առաջին էտապներում հիվանդների մոտ առաջանում են գլխապտույտներ՝ բնորոշ գլխացավերով և ակնաչնչերում աղմուկով: Այսպիսի հիվանդների մոտ նաև խանգարվում է հիշողությունը: Հետագայում առաջանում են վերջույթներ



Անուշիկ Գասպարյան

րում թմրածության զգացում, ընդհանուր թուլություն, երկտեսություն, կողորդինացիայի խանգարումներ, հիվանդները սկսում են խոսել դժվարությամբ, դառնում են դյուրագրգիռ, նյարդային, խանգարվում է քունը: Սկզբնական շրջաններում նկատվում են այս պաթոլոգիկ պրոցեսների անցողիկ դրսևորումներ. ընդունված է այդ վիճակն անվանել հիպերտոնիկ կամ դիսցիրկուլյատոր էնցեֆալոպաթիա՝ տարբեր ծանրության աստիճաններով: Հիվանդների մոտ նաև խանգարվում է հիշողությունը, որը ավելի ուշ շրջաններում բերում է անոթային դեմենցիաների զարգացման: Իսկ արդեն վերջին ստադիաներում առաջանում են այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են արյունազեղումը և ուղեղի կաթվածը: Հատկանշական է, որ երկարատև չկարգավորված Զ/Հ բերում է գլխուղեղի սպիտակ նյութի խորը հատվածների դիֆուզ փոփոխությունների՝ լեյկոարեոզի, որը համարվում է ուղեղի հյուսվածքի խրոնիկ իշեմիայի հետևանք: Այս պաթոլոգիայի ամենանշանակալից դրսևորումներից են համարվում կոգնիտիվ խանգարումները:



Որպես կանոն՝ զարկերակային հիպերտենզիայի առաջացման հիմնական պատճառներից մեկը համարվում է բարձր պահիտենդիոնալ լարվածությունը: Այդ խոսում է այն մասին, որ կենտրոնական նյարդային համակարգը (ԿՆՀ) ունի մեծ դեր Զ/Հ-ի առաջացման մեջ: Այսինքն, հիպերտենզիայի առաջացման մեջ, որպես գլխավոր պրովոկատոր և ստաբիլիզացնող գործոն, կարելի է նշել բացասական հույզերը և խրոնիկական պահիտենդիոնալ երկարատև լարվածությունը:

Գլխուղեղի անոթների աթերոսկլերոզը, լինելով աթերոսկլերոզի ամենատարածված տեսակներից մեկը, կարող է ախտահարել ինչպես ներուղեղային, այնպես էլ արտաուղեղային անոթները, որոնք սնուցում են գլխուղեղը:

Գլխուղեղի անոթների աթերոսկլերոզի ախտանիշների արտահայտվածությունը կախված է ուղեղը սնուցող անոթների ախտահարման աստիճանից:

Աթերոսկլերոզի ֆոնի վրա նկատվում է ԿՆՀ-ի գործունեության աստիճանական վատթարացում՝ ընդհուպ մինչև ինսուլտներ և հոգեկան խանգարումներ:

Մետաբոլիկ համախտանիշի մյուս ամենատարածված դրսևորումներից է շաքարային դիաբետը (ՇԴ): Այն համարվում է ածխաջրային փոխանակության խանգարման ամենահաճախ հանդիպող տիպը: ՇԴ պաթոգենետիկորեն հետերոզեն է, սակայն վերջին հաշվով բոլոր տիպերը բերում են օրգանիզմում գլյուկոզայի առաջացման մետաբոլիկ խանգարումների, որն ուղեկցվում է արյան մեջ գլյուկոզայի բարձր քանակությամբ, կենսաբանական հեղուկներում և հյուսվածքներում կետոթթյունների և այլ մետաբոլիտների կուտակմամբ, որոնք ունեն ստաբիլ ազդեցություն նյարդային համակարգի վրա:

Նյարդային համակարգի ախտահարումը ունի առաջնահերթ դեր ՇԴ-ի կլինիկական դրսևորումներում: Հիմնական նյարդաբանական բարդություններից են դիաբետիկ նեյրոպաթիաները: Հաճախականությունն աճում է հիվանդի տարիքի և հիվանդության տևողությանը զուգահեռ, եթե դիաբետի տևողությունը ավելին է, քան 20 տարի, ապա նեյրոպաթիաները նկատվում են հիվանդների 50-80 % մոտ, ինչպես նաև դրանք կարող են լինել հիվանդության առաջին դրսևորում: Նեյրոպաթիաների առաջացման հիմնական պատճառը համարվում է հյուսվածքներում գլյուկոզայի բարձր քանակը, որը բերում է նյարդերի և՛ իշեմիկ, և՛ մետաբոլիկ խանգարումների:

Ինսուլտում է ինչպես նյարդային առաջնային իմպուլսների հաղորդականությունը, այնպես էլ նյարդերի սնուցումը, որն էլ իր հերթին խորացնում է նյարդաբանական պաթոլոգիան:

Դիաբետիկ նեյրոպաթիաները խիստ բազմազան են իրենց կլինիկական դրսևորումներով: Նրանք կարող են ախտահարել տարբեր օրգաններ, լինել սիմետրիկ կամ միակողմանի: Առավել հաճախ կլինիկա-

կան ախտանիշներն առաջանում են աստիճանաբար՝ ոտնաթաթերի մկանների և մաշկի զգացողության սիմետրիկ ախտահարման տեսքով: Ցավերը կրում են «մրջյունների վազելո», թմրածության, ծակծկոցի զգացողության բնույթ, ցավի ուժգնությունը կարող է լինել բուրբ կամ այրողից մինչև ուժեղ պատռող ցավեր:

Ցավերը հաճախ ուժեղանում են տաքությունից, հանգստի ժամանակ և թեթևանում են քայլելուց հետո, որը տարբերակում է այս ցավը միայն անոթային ախտահարման հետևանքով առաջացած ցավերից (թրոմբանցիա): Հետագայում առաջանում են դաստակների նույնատիպ ցավեր: Զգացողական խանգարումները տարածվում են «զուգագուլպաների» և «ձեռնոցների» տիպով, սակայն հազվադեպ, ինչպես զգացողական խանգարումներն, այնպես էլ ցավը հասնում է մինչև աճուկային ծայքեր կամ որովայն: Հնարավոր է ազդրերի և կոնքի մկանների թուլություն, որն ուղեկցվում է ախտահարված մկանների տնքացող ցավերով: Խախտվում է հիվանդի քայլվածքը, երկար տարածություն քայլելը դառնում է անհնար:

Նյարդաբանական ֆունկցիաների աստիճանական խանգարումներից բացի դիաբետի ժամանակ հնարավոր են մկանների զգացողական և շարժողական կտրուկ խանգարումներ: Դրանք առաջանում են խոշոր անոթների խցանման հետևանքով, ավելի հաճախ՝ ստորին վերջույթներում: Խոշոր անոթների խցանումը սկսվում է սուր և մի քանի ժամվա կամ օրերի ընթացքում ավելի է սրվում: Առաջանում են ինտենսիվ ցավեր ազդրերում կամ սրունքներում, թուլություն և ատրոֆիա: Ֆունկցիայի վերականգնումը հետագայում տեղի է ունենում մոտ կես տարվա ընթացքում, սակայն հնարավոր են մնացորդային երևույթներ մկանային թուլության և թորշոմածության տեսքով:

Դիաբետի նյարդաբանական դրսևորումներից մյուս ամենահաճախ հանդիպողները ակնաշարժ մկանների նեյրոպաթիաներն են: Հնարավոր է ակնազնդի շարժողական ֆունկցիայի սուր ախտահարում, որը կարող է լինել միակողմանի, դրսևորվել մեկ կամ մի քանի ակնաշարժ մկանների ախտահարումով, և, որ ամենաբնորոշ է դիաբետին, կարող է նաև հանկարծակի անհետանալ սկսվելուց մի քանի ամիս անց:

Կենտրոնական դիաբետիկ պոլինեյրոպաթիաների մեջ ամենահաճախ հանդիպողը դիաբետիկ էնցեֆալոպաթիաներն են (ԴԷ): ԴԷ-ի կլինիկական հիմնական դրսևորումներն են նևրոզանման վիճակները, կոգնիտիվ խանգարումները և օրգանական նյարդաբանական սիմպտոմատիկան:

Նյարդային համակարգի ախտահարումը դիաբետի ժամանակ բերում է նաև տրոֆիկ փոփոխությունների, խոցերի, պառկելախոցերի առաջացմանը, վեգետատիվ նյարդային համակարգի ֆունկցիաների խանգարումների, իմպոտենցիայի:

րումների, իմպոտենցիայի:

Դժվար է պատկերացնել մետաբոլիկ համախտանիշը առանց ճարպակալման (Ճ): Այն ունի բազմաթիվ բացասական դրսևորումներ:

Ճարպակալման ժամանակ ախտահարվում են բոլոր ներքին օրգան համակարգերը և առաջնահերթ՝ սիրտ-անոթային համակարգը: Այդ պայմանավորված է անոթի պատի ճարպային ինֆիլտրացիայով: Հետագայում զարգանում են անոթների պատերի աթերոսկլերոտիկ փոփոխությունները: Ճարպային կուտակումներն ու անոթների պատերի ախտահարումները բարձրացնում են պերիֆերիկ անոթային դիմադրողականությունը և բերում են հիպերտոնիկ հիվանդության առաջացմանը, ինսուլտների:

Ճարպակալման բարդություններից ամենահաճախ հանդիպողներից է 2-րդ տիպի ՇԴ-ը: Ճ-ը բերում է հիպովենտիլյացիայի և քնի ապնոէի: Որովայնային Ճարպակալումը, որի ժամանակ ճարպային հյուսվածքը տեղակայվում է մարմնի առաջային հատվածներում, տեղաշարժում է ծանրության կենտրոնը և բերում է ողնաշարի չափից ավելի ծանրաբեռնվածության, որն էլ իր հերթին բերում է ողնաշարի թեքման դեպի առաջ՝ հիպերլորդոզի առաջացմամբ: Այս պայթուցիական վիճակը մեծ դեր ունի միջողնային աճառների ճղվածքների առաջացման մեխանիզմում: Ճարպակալումը բերում է մի շարք էնդոկրին խնդիրների, որոնցից ցանկալի է առանձնացել վահանաձև գեղձի թերֆունկցիան: Արյան մեջ ներթափանցող վահանաձև գեղձի հորմոնների մակարդակի իջեցումը առաջացնում է մի շարք փոփոխություններ օրգանիզմում՝ թուլություն, բարձր հոգնելիություն, քնկոտություն, «ոչինչ չանելու ցանկություն», հիշողության իջեցում և ինտելեկտուալ անլիարժեքություն, ապաթիկ վիճակ, էմոցիոնալ անկայունություն, անտարբերություն, երբեմն ազրեսիա, կոնցենտրացիայի, ուշադրության նվազում, ախորժակի նվազում, սեքսուալ ակտիվության նվազում, դաշտանային ցիկլի խանգարումներ՝ իր բարդություններով: Եվ ամենահաճախ հանդիպող համախտանիշը, որն առաջանում է վահանաձև գեղձի թերֆունկցիա ժամանակ, և որի կապակցությամբ հաճախ դիմում են նյարդաբանին՝ ֆիբրոմիալգիան է (Ֆ): Ֆ-ն բնորոշվում է ոսկրա-մկանային ոչ հստակ ցավերով և սպեցիֆիկ ցավոտ կետերով:

Ցավերը տեղակայվում են մարմնի տարբեր անատոմիական հատվածներում: Որպես կանոն՝ ցավերը ուղեկցվում են ոտքերի այտուցվածության, մարմնի ընդհանուր «ջարդվածության» զգացումով, մկանների արագ հոգնելիությամբ, ծակծկոցի զգացումով: Բնորոշ է այս ախտանիշների ուժեղացումը եղանակային փոփոխությունների, սթրեսների, գերհոգնածության ժամանակ: Ամենաբնորոշ գանգատներից են նաև

արագ հոգնելիությունը, հաճախակի գլխացավերը, քնի խանգարումները՝ ընդհատումներով և քնից հետո վերականգնման զգացողության բացակայությամբ: Բնորոշ են նաև էնոցիոնալ գերզգայունությունը՝ ընդհուպ մինչև խորը դեպրեսիաներ, տագնապային վիճակ և պանիկ գրոհներ:

Անհնար է նշել որևիցե մի հիվանդություն և առավել ևս՝ խրոնիկական, որը չուղեկցվի դեպրեսիայով:

Մետաբոլիկ համախտանիշի ժամանակ դեպրեսիաները պայմանավորված են ինչպես սոմատոգեն ֆակտորներով, այնպես էլ փսիխոգեն (օր.՝ մշտական դիետաներ, դեղորայքային բուժում, ծանր ինվալիդիզացիաների հավանականություն, իմպոտենցիա և այլն): Առաջնային զննման ժամանակ դեպրեսիաները հայտնաբերվում են հիվանդների 35%-ի մոտ, սակայն հիվանդության ընթացքում այդ թիվը հասնում է մոտ 65%-ի:

Դեպրեսիաները բնորոշվում են.

- տրամադրության պաթոլոգիական դրսևորմամբ, սեփական անձի, կարգավիճակի և շրջապատող իրականության նկատմամբ պեսիմիստական գնահատականով,

- ինտելեկտուալ և մոտոր ֆունկցիաների դանդաղեցմամբ,

- սոմատովեգետատիվ խանգարումներով:

Դեպրեսիաների և սոմատիկ հիվանդությունների համակցումը համարվում է ոչ բարենպաստ, քանի որ բարդեցնում է ախտորոշման պրոցեսը, թերապիան, բացասաբար է ազդում ինչպես սոմատիկ հիվանդության, այնպես էլ հոգեբանական հիվանդության ընթացքի և ելքի վրա:

Սոմատիկ հիվանդություն ունեցող անձի մոտ դեպրեսիայի առկայությունը կարող է նվազեցնել ապրելիությունը, հետևաբար բարձրացնում է լետալ ելքի ռիսկերը:

Այսպիսով, մետաբոլիկ համախտանիշը մեր օրերում համարվում է բավականին արդիական բժշկական և սոցիալական խնդիր՝ ենթադրելով բնակչության առավել տեղեկացվածություն և ուշադրություն սեփական առողջության ու ապրելակերպի նկատմամբ, ինչպես նաև դեղորայքային առավել համապարփակ բուժում՝ ակնկալելով հիվանդացության մակարդակի իջեցում և բարեկեցիկ կյանք:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Нервные болезни- А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А.Скоромец, 6-е издание-2013
2. Болезни нервной системы-руководство для врачей под редакцией Н.Н. Яхно в двух томах-2007
3. Неврология- О.С. Левин, Д.Р. Штульман- 8-е издание-2012
4. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней- руководство для врача под редакцией Ф.И. Комарова в 4 томах-2003
5. Adams and Vactor's Principles of Neurology 10th edition-2014
6. Depression in neurological disorders- Andres M. Kanner-2005
7. Oxford handbook of neurology-2006

ՐԵԶՅՈՒՄԵ

Манифестация метаболического синдрома в неврологических патологиях

Գասպրյան Ա.Ա.

«Элит-Мед» Медицинский Центр

К группам риска для выявления метаболического синдрома относятся лица как с начальными признаками заболевания, так и с его осложнениями, такими как:

1. Артериальная гипертония,
2. Наличие ИБС, заболевание периферических сосудов, цереброваскулярные заболевания, связанные с атеросклерозом,
3. Сахарный диабет,
4. Избыточная масса тела и ожирение.

Все эти заболевания и их проявления имеют свою выраженность в неврологии.

RESUME

Manifestation of methabolic syndrome in neurological pathologies

Gasparyan A.A.

Medical Center "Elit-Med"

The risk groups for identification of metabolic syndrome mainly consists of those patients who have following diseases, syndromes or their complications:

1. Arterial hypertension
2. Ischemic heart disease, pathology of peripheral vessels, cerebrovascular diseases that are associated with atherosclerosis
3. Diabetes
4. Body overweight and obesity

All of these diseases, syndromes and their manifestations have their expressions in Neurology.