

УДК 616.831 – 005+616.12 – 005.331.1  
DOI 10.31612/2616-4868.1-4.2018.07

О.В. Литвин

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами  
(м. Київ)

### Резюме

В Україні цереброваскулярна патологія складає 20-40% усіх захворювань мозку, а 20-30% пацієнтів, які мають цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ), є особами працездатного віку, і в основному в них виявляють хронічні повільно прогресуючі форми – дисциркуляторні енцефалопатії.

**Мета** – вивчити клініко-неврологічні та нейропсихологічні особливості цереброваскулярних розладів в осіб працездатного віку.

**Матеріал і методи.** Обстежено 90 осіб віком від 40 до 68 років, які мали дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ). Пацієнтів розподілили на дві групи: перша – пацієнти з ДЕ та артеріальною гіпертензією (АГ) – 60 осіб, друга – з ДЕ без АГ – 30 хворих. Усім проведено клініко-неврологічне та клініко-інструментальне обстеження.

**Результати.** За результатами оцінки суб'єктивної та об'єктивної неврологічної симптоматики серед пацієнтів першої групи встановлено: у 61,7% випадків цефалічний синдром, у 55,0% – вестибулярний, у 31,7% – церебрастенічний, у 28,3% – мнестичний синдроми, у 23,3% – тривожно-депресивні розлади. Серед пацієнтів другої групи встановлено: у 66,6% випадків цефалічний синдром, у 43,3% – вестибулярний, у 46,6% – церебрастенічний, у 23,3% – мнестичний синдроми, у 20,0% – тривожно-депресивні розлади, у 20,0% – пірамідна недостатність. У пацієнтів із гіпертонічною ДЕ зі зростанням показника депресії та тривоги спостерігали зменшення показника пам'яті.

**Висновки.** У пацієнтів із ДЕ без АГ суттєво погіршено пам'ять за шкалою MMSE ( $p < 0,003$ ). Серед емоційно-вольових розладів в осіб працездатного віку з ДЕ на тлі АГ здебільшого переважали тривога ( $p < 0,001$ ) і депресія ( $p = 0,033$ ). Зростання показника депресії та тривоги у пацієнтів із ДЕ на тлі АГ зменшує показники загальної когнітивної продуктивності, орієнтації та пам'яті.

**Ключові слова:** гіпертонічна дисциркуляторна енцефалопатія, когнітивні порушення, емоційні розлади, шкала MMSE.

У структурі неврологічної патології найбільш актуальними та соціально значущими залишаються цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ), які посідають перше місце серед неврологічних хвороб. За даними ВООЗ, смертність від судинних захворювань головного мозку складає 30-50% смертності від усіх захворювань системи кровообігу та приблизно 14% загальної смертності населення. В Україні цереброваскулярна патологія складає 20-40% усіх захворювань мозку, а серед хворих 20-30% – особи працездатного віку [1, 3]. ЦВЗ – одна з основних

причин летальності та стійкої втрати працездатності хворих. В теперішній час на ЦВЗ страждають близько 9 млн. людей на планеті [8].

Серед цереброваскулярних хвороб перше місце посідають не інсульти та транзиторні ішемічні атаки, а хронічні порушення мозкового кровообігу – дисциркуляторні енцефалопатії (ДЕ) [4]. Згідно з епідеміологічними даними, ДЕ становлять до 67% загальної кількості ЦВЗ, із них 15-20% випадків зумовлено кардіологічною патологією, 47-55% –

атеросклеротичним ураженням судин мозку в поєднанні з АГ [2, 4].

Основними клінічними проявами ДЕ є прогресуючі когнітивні порушення та розлади психоемоційної сфери, мультиформні рухові розлади з їх клінічними особливостями – прогресуючий перебіг, стадійність і синдромальність [9, 10].

Сьогодні, за даними більшості дослідників, гіпертонічна хвороба (ГХ) є не лише найчастішим етіологічним чинником розвитку хронічної мозкової судинної недостатності, а й одним із чинників, що провокують розвиток нейродегенеративного процесу [6, 12, 20]. У хворих на ГХ уже на ранніх стадіях формується неврологічний і нейропсихологічний симптомокомплекс, притаманний гіпертонічній ДЕ (ГДЕ), що з часом може поглиблюватися [6, 11, 14, 15].

Патогенез ДЕ є досить складним і пов'язаний як із хронічною гіперперфузією головного мозку, так і з повторними гострими порушеннями мозкового кровообігу, а також, у низці випадків, із ліквородинамічними порушеннями та вторинним нейродегенеративним процесом [13, 14, 17].

Через анатомо-фізіологічні особливості церебрального кровообігу існують місця головного мозку, де судинні ураження виникають частіше. До таких місць належать підкоркові базальні ганглії та глибинні відділи білої речовини великих півкуль, що є найтипівішими точками «німих інфарктів» і лейкоареозу [7, 17, 19]. Хронічна неконтрольована АГ призводить до вторинних змін судинної стінки (плазматичне просмокування, ліпогіаліноз, атеросклероз), які розвиваються переважно в судинах мікроциркуляторного русла. Розвинений внаслідок цього артеріосклероз призводить до зміни фізіологічної реактивності судин. За таких умов зниження кров'яного тиску відбувається внаслідок приєднання серцевої недостатності зі зниженням серцевого викиду, або надмірної гіпотензивної терапії, або фізіологічних циркадіанних змін кров'яного тиску, що призводить до виникнення гіперперфузії в зонах термінального кровообігу, а саме в підкоркових базальних гангліях і глибинних відділах білої речовини великих півкуль головного мозку [5, 16, 17].

Патологія глибинних відділів білої речовини веде до формування так званого «феномену роз'єднання» – порушення зв'язку між корковими та підкорковими відділами головного мозку [13]. Наразі припускається, що «феномен роз'єднання» обумовлює основні клінічні прояви ДЕ: когнітивні, емоційні та рухові порушення.

**Мета дослідження** — вивчити клініко-неврологічні та нейропсихологічні особливості цереброваскулярних розладів в осіб працездатного віку.

## МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Під спостереженням в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС перебували 90 осіб віком від 40 до 68 років із ДЕ. Пацієнтів розподілили на дві групи, порівнянні за статевим і віковим складом. Першу групу склали пацієнти з ДЕ та АГ – 60 осіб, другу – з ДЕ без АГ – 30 осіб. Серед обстежених у першій групі було 17 чоловіків і 43 жінки, у другій – 10 чоловіків і 20 жінок. Середній вік чоловіків у першій групі складав  $51,54 \pm 0,76$  року, у другій –  $51,83 \pm 2,24$ , жінок у першій групі –  $54,63 \pm 0,42$ , у другій –  $56,88 \pm 0,72$  року.

Усім хворим проведено клініко-неврологічне та клініко-інструментальне обстеження з метою встановлення стадії та форми судинно-мозкової патології.

Клініко-лабораторне обстеження включало загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, ліпідограму. Клініко-інструментальні методи включали електрокардіографію, вимірювання артеріального тиску та частоти серцевих скорочень.

Для оцінки когнітивних функцій пацієнтів використовували коротку шкалу оцінки психічного статусу MMSE [13]. Тривогу та депресію досліджували за допомогою шкали «депресія, тривога, стрес» (Depression Anxiety Stress Scales – DASS-21) [18].

Статистичну обробку даних проводили на персональному комп'ютері. Попри те, що розподіл отриманих даних відрізнявся від нормального, використовували методи непараметричного аналізу. Значущою різницею вважали за  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

З урахуванням скарг, даних анамнезу за результатами клініко-інструментального огляду в 90 пацієнтів було виявлено симптомокомплекс, що відповідає критеріям діагностики проявів недостатності мозкового кровообігу. Серед пацієнтів першої групи у 19 (31,7%) було діагностовано ДЕ I стадії та у 41 (68,3%) – ДЕ II стадії. Серед пацієнтів другої групи у 13 (43,5%) діагностовано ДЕ I стадії і у 17 (56,5%) – ДЕ II стадії. В усіх обстежених першої групи виявлено АГ – у 7 (11,7%) I стадію, у 53 (88,3%) II стадію.

За результатами проведеного неврологічного огляду пацієнтів серед усіх неврологічних розладів

Характеристика основних синдромів пацієнтів із ГДЕ та ДЕ

Синдроми	Хворі з гіпертонічною дисциркуляторною енцефалопатією, n=60		Хворі з дисциркуляторною енцефалопатією, n=30	
	n	%	n	%
Цефалгічний	37	61,7	20	66,6
Вестибулярний	33	55	13	43,3
Атактичний	5	8,3	0	0
Церебрастенічний	19	31,7	14	46,6
Тривожно-депресивний	14	23,3	6	20
Мнестичний	17	28,3	7	23,3
Пірамідна недостатність	6	10	6	20

Результати дослідження за шкалою MMSE у пацієнтів із ГДЕ та ДЕ

Показник	Хворі з гіпертонічною дисциркуляторною енцефалопатією М (Q1-Q3)	Хворі з дисциркуляторною енцефалопатією М (Q1-Q3)	P
Орієнтація	10 (9-10)	10 (10-10)	0,217
Пам'ять	3 (3-3)	3 (2-3)	0,003
Лічильні операції	3 (3-3)	3 (3-3)	0,897
Загальний показник когнітивної продуктивності	28 (26-28)	28 (27-28)	0,597

Примітка: вірогідність різниці оцінювали за W-критерієм Вілкоксона.

переважали порушення координації та пірамідна недостатність – у пацієнтів із ДЕ в 43,3% і 20,0% випадків, у пацієнтів із ГДЕ – у 33,3% і 10,0% випадків відповідно.

За результатами оцінки суб'єктивної та об'єктивної неврологічної симптоматики серед пацієнтів першої групи встановлено в 61,7% випадків цефалічний синдром, у 55,0% – вестибулярний, у 31,7% – церебрастенічний, у 28,3% – мнестичний синдроми, у 23,3% випадків спостерігались тривожно-депресивні розлади. Серед пацієнтів другої групи діагностовано у 66,6% випадків цефалічний, у 43,3% – вестибулярний, у 46,6% – церебрастенічний, у 23,3% – мнестичний синдроми, у 20,0% спостережень мали місце тривожно-депресивні розлади та у 20,0% – пірамідна недостатність (табл. 1).

Після проведення нейропсихологічного тесту за шкалою MMSE у 40,0% випадків серед пацієнтів із ГДЕ та у 46,7% серед хворих із ДЕ виявлено когнітивні порушення. Вірогідну різницю у показниках шкали MMSE ( $p < 0,003$  за W-критерієм Вілкоксона) між двома групами виявлено для показників пам'яті (табл. 2): – у 15,0% випадків пам'ять оцінювалась у 2 бали, у 85,0% – у 3 бали. Водночас серед пацієнтів другої групи в 46,7% випадків пам'ять оцінювалась у 2 бали, у 53,3% – у 3 бали.

Після проведення тестування за шкалою DASS-21 серед пацієнтів із ГДЕ легкий ступінь депресії виявлено в 35,0% випадків, помірний ступінь тривоги – в 50,0%, сильний ступінь тривоги – в 16,6%; серед пацієнтів із ДЕ легкий ступінь депресії – в 10,0%, легкий ступінь тривоги – в 40,0% (табл. 3).

## Результати дослідження за шкалою DASS-21 у пацієнтів з ГДЕ та ДЕ

Показник	Хворі з гіпертонічною дисциркуляторною енцефалопатією М (Q1-Q3)	Хворі з дисциркуляторною енцефалопатією М (Q1-Q3)	P
Стрес	11 (9-14)	11 (10-15)	0,372
Тривога	9 (8-10)	7 (7-8)	0,001
Депресія	9 (8-10)	8 (8-9)	0,033

Закон розподілу величин у більшості випадків відрізнявся від нормального, тому для проведення кореляційного аналізу було розраховано показник рангової кореляції Спірмена.

У пацієнтів із ГДЕ виявлено негативний кореляційний зв'язок середнього ступеня між показниками депресії та тривоги й загальним показником когнітивної продуктивності ( $r=-0,348$ ;  $p=0,006$  та  $r=-0,337$ ,  $p=0,008$  відповідно). Тобто, зі зростанням показника депресії та тривоги зменшується в середньому показник загальної когнітивної продуктивності. Негативний кореляційний зв'язок середнього ступеня виявлено між показниками депресії, тривоги та показником орієнтації ( $r=-0,327$ ;  $p=0,01$  та  $r=-0,335$ ,  $p=0,001$  відповідно). Тобто, зі зростанням показника депресії та тривоги зменшується в середньому показник орієнтації. Також виявлено негативний кореляційний зв'язок середнього ступеня між показниками депресії, тривоги та показником пам'яті ( $r=-0,287$ ;  $p=0,02$  та  $r=-0,398$ ;  $p=0,001$  відповідно). Іншими словами, зі зростанням показника депресії та тривоги зменшується в середньому показник пам'яті.

У пацієнтів з ДЕ без АГ виявлено негативний кореляційний зв'язок середнього ступеня між показниками депресії та пам'яті ( $r=-0,447$ ,  $p=0,03$ ), тобто, зі зростанням показника депресії зменшується в середньому показник пам'яті.

Кореляційної залежності між когнітивними, емоційно-вольовими порушеннями та рівнями загального холестерину й тригліцеридів у крові в даному дослідженні не виявлено.

## ВИСНОВКИ

1. Виявлено вірогідне погіршення пам'яті за шкалою MMSE в пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією без артеріальної гіпертензії порівняно з показником пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією на тлі артеріальної гіпертензії.
2. В пацієнтів працездатного віку із дисциркуляторною енцефалопатією на тлі артеріальної гіпертензії вірогідно переважають тривога та депресія порівняно з пацієнтами з дисциркуляторною енцефалопатією без артеріальної гіпертензії.
3. Зростання показників депресії та тривоги у пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією на тлі артеріальної гіпертензії знижує показники загальної когнітивної продуктивності, орієнтації та пам'яті.

## ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

У перспективі планується подальше детальне вивчення мінливості артеріального тиску та проявів когнітивних та емоційно-вольових порушень у пацієнтів із ДЕ.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения. Неврология: национальное руководство. М., 2011.
2. Дадашева М. Н., Подрезова Л.А., Шучалин О.Г. Алгоритм терапии дисциркуляторной энцефалопатии у больных с артериальной гипертензией в общей врачебной практике *РМЖ*. 2011. № 17(20). С. 1320-1324.
3. Мищенко Т. С., Дмитриева Е. В., Мищенко В. Н. Применение танакана в терапии когнитивных нарушений у постинсультных больных. *Нейро News*. 2015. № 7. С. 27-31.
4. Мищенко Т. С., Шестопалова Л., Кожевникова В., Лапшина И. Гипертензивная дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистая деменция. *Ліки України*. 2011. № 5. С. 57-60.

5. Остроумова О. Д. Артериальная гипертензия и тревожные состояния. *Кардиология*. 2013. № 2. С. 95-99.
6. Поливода С. Н., Шальмина М. А., Соловьяк А. О. Патогенетические механизмы развития хронической гипертензивной дисциркуляторной энцефалопатии у больных гипертонической болезнью (обзор литературы и результаты собственных наблюдений). *Запорожский медицинский журнал*. 2012. № 1(34). С. 82-86.
7. Трещинская М. А. Артериальная гипертензия и цереброваскулярная патология. *Новости медицины и фармации*. 2013. Спецвыпуск. С. 30-35.
8. Хобзей М. К., Міщенко Т. С., Зінченко О. М., Голубчиков М. В. Стан неврологічної служби в Україні у 2011 році. *Новости медицины и фармации*. 2011. № 339. С. 69-79.
9. Bech-Azeddine R., Hogh P., Juhler M. Gjerris F., Waldemar G. Idiopathic normal-pressure hydrocephalus: clinical comorbidity correlated with cerebral biopsy findings and outcome of cerebrospinal fluid shunting. 2011. 78 (2). P. 157-161.
10. De Haan E. H., Nys G. M., Van Zandvoort M. J. V. Cognitive function following stroke and vascular cognitive impairment. *Curr. Opin. Neurol*. 2012. Vol. 19. P. 559-564.
11. Rockwood K., Moorhouse P. K., Song X. Disease progression in vascular cognitive impairment: cognitive, functional and behavioral outcomes in the Consortium to Investigate Vascular Impairment of Cognition (CIVIC) cohort study. *J. Neurol. Sci*. 2012. Vol. 252(2). P. 106-112.
12. Galluzi S., Sheu C. F., Zanetti O., Frisoni G. B. Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord*. 2013. Vol. 19. P. 196-203.
13. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. «Mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 2012. 12(3). P. 189-198.
14. Serrano S., Domingo J., Rodríguez-García E. Frequency of cognitive impairment without dementia in patients with stroke: a two-year follow-up study. *Stroke*. 2012. Vol. 38(1). P. 105-110.
15. Reitz C., Tang M. X., Manly J. Hypertension and the risk of mild cognitive impairment. *Arch. Neurol*. 2012. Vol. 64(12). P. 1734-1740.
16. De la Torre J. C. Cerebral hemodynamics and vascular risk factors: setting the stage for Alzheimer's disease. *J. Alzheimers. Dis.*, 2012. 32(2). 553-567.
17. Hershey L. A., Olszewski W. A. Ischemic vascular dementia. Handbook of Demented Illnesses / ed. by J.C.Morris. New York etc.: Marcel Dekker, Inc., 2012. P. 335-351.
18. Lovibond P. F., Lovibond S. H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behav. Res. Ther.* 2013. 33. P. 335-342.
19. Pantoni L., Garsia J. Pathogenesis of leukoaraiosis. *Stroke*. 2012. V. 28. P. 652-659.
20. Debette S., Bombois S., Bruandet A., Delbeuck X. Subcortical hyperintensities are associated with cognitive decline in patients with mild cognitive impairment. *Stroke*. 2013. Vol. 38(11). P. 2924-2930.

## REFERENCES

1. Gusev, E., Konovalov, A., Skvortsova, V. (2011). Chronitcheskaya nedostatochnost mozgovogo krovoobracheniya. [Chronic insufficiency of cerebral circulation]. Neurology: National leadership. M., 2011.
2. Dadasheva, M., Podrezova, L., Shuchalin, O. (2011). Algoritm terapii discirculatornoy entsefalopatii u bolnih s arterialnoy hipertensiyey v obchevrachebnoy praktike. [Algorithm of therapy of discirculatory encephalopathy in patients with arterial hypertension in general medical practice]. *Breast cancer*, 17 (20), 1320-1324.
3. Mishchenko, T., Dmitrieva, E., Mishchenko, V. (2015). Primenenie tanakana v terapii kognetivnih naruscheniy u postinsultnih bolnih [Application of tanakan in the therapy of cognitive disturbances in post-stroke patients]. *Neuro News*, № 7, 27-31.
4. Mischenko, T., Shestopalova, L., Kozhevnikova, V., Lapshin, I. (2011). Hipertensivnaya discirculatornaya ensefalopatiya i sosudistaya demensiya. [Hypertensive discirculatory encephalopathy and vascular dementia]. *Liki Ukrainy*, 5, 57-60.
5. Ostroumova, O. D. (2013). Arterialnaya hipertensiya i trevozhnye sostoyaniya. [Arterial hypertension and anxiety states]. *Cardiology*, 2, 95-99.
6. Polivoda, S., Shalmina, M., Solovyuk, A. (2012). Patogeneticheskiye mehanizmi rasvitiya hronicheskoy gipertensivnoy discirculatornoy encefalopatii u bolnih hipertonicheskoy boleznii. [Pathogenetic mechanisms of development of chronic hypertensive discirculatory encephalopathy in patients with essential hypertension (review of the literature and the results of their own observations). *Zaporozhye Medical Journal*, 1 (34), 82-86.
7. Treschinskaya, M. (2013). Arterialnaya hipertensiya i cerebrovaskularnaya patologiya. [Arterial hypertension and cerebrovascular pathology]. *News of Medicine and Pharmacy, Special Issue*, 30-35.
8. Khobzey, M., Mishchenko, T., Zinchenko, O., Golubchikov, M. (2011). Stan nevrologichnoi sluzhbu y 2011 rozi. [State of the neurological service in Ukraine in 2011]. *News of Medicine and Pharmacy*, 339, 69-79.
9. Bech-Azeddine, R., Hogh, P., Juhler, M. Gjerris, F., Waldemar, G. (2011). Idiopathic normal-pressure hydrocephalus: clinical comorbidity correlated with cerebral biopsy findings and outcome of cerebrospinal fluid shunting. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 78 (2), 157-161.
10. De Haan, E. H., Nys, G. M., Van Zandvoort, M. J. (2012). Cognitive function following stroke and vascular cognitive impairment. *Curr. Opin. Neurol*, 19, 559-564.
11. Rockwood, K., Moorhouse, P. K., Song, X. (2012). Disease progression in vascular cognitive impairment: cognitive, functional and behavioral outcomes in the Consortium to Investigate Vascular Impairment of Cognition (CIVIC) cohort study. *J. Neurol. Sci.*, 252(2), 106-112.
12. Galluzi, S., Sheu, C.F., Zanetti, O., Frisoni, G. B. (2013). Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, 19, 196-203.
13. Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (2012). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, 12(3), 189-198.
14. Serrano, S., Domingo, J., Rodríguez-García, E. (2012). Frequency of cognitive impairment without dementia in

- patients with stroke: a two-year follow-up study. *Stroke*, 38(1), 105–110.
15. Reitz, C., Tang, M. X., Manly, J. (2012). Hypertension and the risk of mild cognitive impairment. *Arch. Neurol*, 64(12), 1734–1740.
  16. de la Torre, J. C. (2012). Cerebral hemodynamics and vascular risk factors: setting the stage for Alzheimer's disease. *J. Alzheimers. Dis.*, 32(2), 553–567.
  17. Hershey, L. A., Olszewski, W. A. Ischemic vascular dementia. New York, Marcel Dekker, 335–351.
  18. Lovibond, P. F, Lovibond, S. H. (2013). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behav. Res. Ther.*, 33, 335–342.
  19. Pantoni, L., Garsia, J. (2012). Pathogenesis of leukoaraiosis. *Stroke*, 28, 652–659.
  20. Debette, S., Bombois, S., Bruandet, A., Delbeuck, X. (2013). Subcortical hyperintensities are associated with cognitive decline in patients with mild cognitive impairment. *Stroke*, 38(11), 2924–2930.

## Резюме

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

**Е.В. Литвин**

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев

В Украине цереброваскулярная патология составляет 20-40% всех заболеваний мозга, а среди больных 20-30% – это лица трудоспособного возраста. Рост количества ЦВЗ в нашей стране в основном обусловлен хроническими, медленно прогрессирующими формами – дисциркуляторными энцефалопатиями. **Цель** исследования – изучить клинико-неврологические и нейропсихологические особенности цереброваскулярных расстройств у лиц трудоспособного возраста.

**Материал и методы.** Обследованы 90 человек в возрасте от 40 до 68 лет с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ). Пациентов распределили на две группы: первая – с ДЭ и артериальной гипертензией (АГ) – 60 человек, вторая – с ДЭ без АГ – 30 человек. Всем больным проведено клинико-неврологическое и клинико-инструментальное обследование.

**Результаты.** По результатам оценки субъективной и объективной неврологической симптоматики среди пациентов первой группы установлены: в 61,7% случаев цефалический синдром, в 55,0% – вестибулярный, в 31,7% – церебрастенический, в 28,3% – мнестический синдромы, в 23,3% случаев наблюдались тревожно-депрессивные расстройства. Среди пациентов второй группы установлены: в 66,6% случаев цефалический синдром, в 43,3% – вестибулярный, в 46,6% – церебрастенический, в 23,3% – мнестический синдромы, в 20,0% случаев имели место тревожно-депрессивные расстройства и в 20,0% – пирамидная недостаточность. У пациентов с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией с ростом показателей депрессии и тревоги уменьшался в среднем показатель памяти. Доказано, что у пациентов с ДЭ и АГ имеет место достоверное увеличение упругости сосудистой стенки.

**Выводы.** Обнаружено достоверное ухудшение памяти по шкале MMSE у пациентов с ДЭ без АГ. Доказано, что у пациентов с ДЭ на фоне АГ достоверно преобладают тревога и депрессия. Рост показателей депрессии и тревоги у пациентов с ДЭ на фоне АГ уменьшает показатели общей когнитивной производительности, ориентации и памяти.

**Ключевые слова:** гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные нарушения, эмоциональные расстройства, шкала MMSE.

## Summary

### FEATURES OF THE CHRONIC CEREBROVASCULAR COMPLICATIONS OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PERSONS OF THE WORKING AGE

**O. Lytvyn**

State Institution of Science "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" State Administrative Department, Kyiv

**Abstract.** In Ukraine cerebrovascular pathology accounts for 20-40 % of all brain diseases, and among patients 20-30 % of the working age population. The increase in the number of central nervous system diseases in our country is mainly due to chronic, slowly progressive forms - dyscirculatory encephalopathies. The purpose of this research is to study the clinical, neurological and neuropsychological features of cerebrovascular disorders in persons of the working age.

**Materials and methods of the study:** 90 patients aged 40 to 68 were examined, 90 of them had dyscirculatory encephalopathy (DE). Patients with dyscirculatory encephalopathy were divided into two groups: the first group of patients with DE and arterial hypertension (AG) - 60, the second with DE without AG - 30. All patients underwent clinical and neurological and clinical and instrumental examination.

**Research results.** According to the results of the assessment of subjective and objective neurological symptoms among the patients in the first group 61.7% of them had cephalic, 55 % vestibular, 31.7 % cerebrospinal, 28.3 % mnemonic syndromes and in 23.3 % were observed anxiety- depressive disorders. Among the patients in the second group, 66.6 % had cephalic, 43.3 % vestibular, 46.6 % cerebrospinal, 23. % mnemonic syndromes, 20 % had anxiety-depressive disorders and 20 % pyramidal insufficiency. In patients with hypertonic dyscirculatory encephalopathy, with an increase in the rate of depression and anxiety, the average of the memory indicator decreases. According to the results of the study, it has been proved that there is a significant increase in the elasticity of the vessel wall in patients with DE and AG.

**Conclusions.** A significant deterioration of memory, MMSE scale, ( $p < 0.003$ ) in patients with dyscirculatory encephalopathy without arterial hypertension was detected. In the study of emotional-volitional disorders in people of the working age, it has been proved that in a patient with dyscirculatory encephalopathy, in the case of arterial hypertension, there was a significant prevalence of anxiety ( $p < 0.001$ ) and depression ( $p = 0.033$ ). It has been shown that the increase in the rate of depression and anxiety in patients with dyscirculatory encephalopathy with the arterial hypertension at the background decreases the rate of overall cognitive productivity, orientation and memory.

**Keywords:** hypertonic dyscirculatory encephalopathy, cognitive impairment, emotional disorders, MMSE scale.

*Інформація про автора знаходиться в редакції.*

*Дата надходження до редакції 27.03.2018 р.*