

УДК 616.831-009.12-036-057.34

ЧЕРНІЙ Т.В., ЛИТВИН О.В., ЛИТВИН М.М.

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

КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ

Резюме. Серед основних причин смертності населення України у 2012–2013 рр. перше місце посідають хвороби системи кровообігу (68,2%). Серед основних етіологічних чинників хронічних порушень мозкового кровообігу важливу роль відіграє тривало існуюча артеріальна гіпертензія, що призводить з часом до розвитку гіпертонічної енцефалопатії. Тому метою нашого дослідження було вивчити клініко-неврологічні особливості перебігу гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії у державних службовців. Пацієнтів було розподілено за рівнем артеріального тиску, наявністю супутньої патології, сімейного анамнезу з боку гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, обстежено за Фрамінгемським дослідженням вік серця/судин, також було виконано розподіл пацієнтів чоловічої та жіночої статі за показниками антропометрії, проаналізовано основні скарги хворих та основні неврологічні синдроми, згідно з чим була виявлена значна перевага з боку координаторних порушень. Таким чином, існуючі клініко-неврологічні характеристики гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії можуть бути доповнені та розширені запропонованими нами критеріями з метою покращення методів первинної профілактики інсультів серед працездатного контингенту, а саме — державних службовців.

Ключові слова: гіпертонічна дисциркуляторна енцефалопатія, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, індекс маси тіла, цукровий діабет.

В етіології хронічних порушень мозкового кровообігу відіграють роль артеріальна гіпертензія (АГ), атеросклероз, цукровий діабет (ЦД), серцево-судинна патологія, захворювання крові, системні васкуліти та ін. Однак провідною, на думку фахівців, є тривало існуюча артеріальна гіпертензія, що призводить з часом до розвитку гіпертонічної енцефалопатії (ГЕ), рубрика І67.4 за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду [1, 2].

Серед факторів ризику виникнення артеріальної гіпертензії (гіподинамія, порушення водно-сольового обміну, гіперхолестеринемія тощо) спадковість уже понад ста років посідає важливе місце. Актуальна ця проблема і для України. На сьогодні медико-демографічна ситуація в Україні має свої особливості. Так, серед основних причин смертності населення України в січні 2013 р., як і в січні 2012 р., перше місце продовжують посідати хвороби системи кровообігу (68,2%) [1–4]. Смертність унаслідок цереброваскулярних причин у 2010 році становила 13%, а у 2025 р. прогностично становитиме 33%. Смертність населення віком 30–69 років унаслідок цереброваску-

лярних захворювань у період 2010–2025 рр. становитиме 24 та 38% серед осіб жіночої та чоловічої статі відповідно. Так, згідно зі статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, максимальна захворюваність спостерігається у Східних, а мінімальна — у Західних регіонах (385,2 і 188,1 на 100 000 населення відповідно). Якщо така надзвичайно тривожна ситуація не зміниться, кожний п'ятий мешканець України помре внаслідок інсульту, а кожен третій закінчить життя недієздатним інвалідом. Такий жакливий прогноз цілком реальний, оскільки 40–50% хворих помирають упродовж першого року після перенесеного інсульту, а 80% серед тих, які вижили, залишаються інвалідами [5–7]. Таким чином,

Адреса для листування з автором:
Черній Тетяна Володимирівна
Україна, м. Київ, вул. Верхня, 5
E-mail: chernyi23@rumbler.ru

© Черній Т.В., Литвин О.В., Литвин М.М., 2015
© «Міжнародний неврологічний журнал», 2015
© Заславський О.Ю., 2015

Таблиця 1. Характеристика груп за віком та статтю

Вік, роки	Стать	Хворі на ГДЕ (n = 30)
40–49	Чоловіки (%)	1 (3,3)
	Жінки (%)	4 (13,3)
50–59	Чоловіки (%)	6 (20)
	Жінки (%)	15 (50)
60–66	Чоловіки (%)	3 (10)
	Жінки (%)	1 (3,3)

Таблиця 2. Характеристика клінічних груп обстежених хворих (n = 30)

Стадія ДЕ	Стадія ГХ	Чисельність (%)
ДЕ I	ГХ I	1 (3,3)
	ГХ II	8 (26,6)
Усього		9 (30,0)
ДЕ II	ГХ I	0 (0)
	ГХ II	21 (70,0)
Усього		21 (70,0)

роз'яснювальна робота серед населення щодо факторів ризику розвитку інсульту і можливостей його профілактики є надзвичайно актуальною. У 2006–2014 рр. було проведено > 1,2 млн вимірювань артеріального тиску в усіх регіонах України. Виявилось, що 38 % обстежених із підвищеним тиском ніколи не отримували антигіпертензивної терапії, а 44 % добровольців взагалі не знали про наявність у них артеріальної гіпертензії. Згідно зі статистичними даними, за період 1990–2010 рр. кількість випадків інсульту у людей віком 20–64 роки зросла на 25 %, поширеність інсульту — на 113 %, захворюваність на інсульт — на 70 %, смертність унаслідок інсульту — на 36 %, інвалідизація внаслідок інсульту — на 731 %, кількість випадків геморагічного інсульту — на 16 % [8, 9]. Тому на цей час залишаються актуальними діагностика та лікування артеріальної гіпертензії як одного з головних чинників розвитку ГЕ та інсульту [10, 11].

Мета дослідження: дослідити клініко-неврологічні характеристики особливостей перебігу гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії (ГДЕ) у державних службовців.

Матеріали та методи

Проведене клініко-неврологічне обстеження 30 хворих (середній вік — $54,2 \pm 0,1$ року; жінок — 20, чоловіків — 10) із ГДЕ I та II ст., які перебували під наглядом в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Критерієм включення була наявність ДЕ на тлі м'якої або помірної АГ [11, 12]. ДЕ I ст. діагностовано у 9 пацієнтів, ДЕ II ст. — у 21, гіпертонічна хвороба (ГХ) I ст. — в 1, ГХ II ст. — у 29. Критерії невключення пацієнтів у дослідження: ГХ III стадії і 3-го ступеня; симптоматична АГ; злякисні ураження головного мозку або іншого органа; гіпертензивна ен-

цефалопатія; перенесене в анамнезі гостре порушення мозкового кровообігу; некомпенсовані соматичні захворювання; вагітність.

Характеристика груп за віком та гендерними особливостями наведена в табл. 1, характеристика клінічних груп — у табл. 2.

Антропометричні показники (зріст, маса тіла) вимірювались для визначення індекса маси тіла (ІМТ).

Були використані такі лабораторні методи дослідження: загальний клінічний аналіз крові та сечі, біохімічне дослідження, а саме: функціональні печінкові тести, ліпідограма, глюкоза крові, загальний білок.

Результати дослідження

Було виявлено, що стаж ГХ у досліджуваної групи пацієнтів становить від 2 до 14 років. Проведено аналіз показників рівня АТ в обстежених пацієнтів на прийомі у лікаря від візиту до візиту. Розподіл пацієнтів за рівнем АТ наведений у табл. 3.

У більшості обстежених пацієнтів виявлено супутню патологію: ішемічну хворобу серця (ІХС), ЦД, порушення серцевого ритму, недостатність аортального клапана, гіпотиреоз (табл. 4). Отже, обстежені державні службовці мали широкий спектр зазначеної патології.

З анамнезу виявлено, що 18 (90 %) обстежених жінок та 9 (90 %) чоловіків мали обтяжений за ГХ та ІХС сімейний анамнез; 16 (80 %) жінок та 8 (80 %) чоловіків дотримувались режиму праці та відпочинку; 19 (95 %) жінок та 9 (90 %) чоловіків відмічали високий рівень психоемоційного навантаження; 6 (30 %) жінок та 6 (60 %) чоловіків ходять більше ніж 30 хвилин на день.

ІМТ становив від 19,86 до 36,5 кг/м², середній ІМТ — 26,88 ± 0,11 кг/м². У чоловіків — від 24,3 до 36,5 кг/м², середній ІМТ — 28,75 ± 0,37 кг/м²; у жінок — від 19,86 до 31,1 кг/м², середній ІМТ — 25,94 ± 1,83 кг/м². При цьому нормальна маса тіла (ІМТ < 25 кг/м²) був тільки у 6 жінок (20 %). Надмірна маса тіла спостерігалась у 23,3 % чоловіків і 43,3 % жінок. Ожиріння І ступеня було виявлено у 10 % обстежених чоловіків і 3,3 % жінок. Результати антропометрії у пацієнтів чоловічої та жіночої статі наведені в табл. 5, 6.

Хворі скаржились на головний біль, зниження працездатності, загальну слабкість, втомлюваність, порушення пам'яті, зниження концентрації уваги, порушення сну, дратівливість, плаксивість, запаморочення, головокружіння. Характеристика основних скарг хворих наведена в табл. 7.

У результаті здійсненого нами неврологічного огляду досліджуваних пацієнтів виявлено, що переважали координаторні розлади (43,3 %) (табл. 8).

Таким чином, за результатами оцінки суб'єктивної та об'єктивної неврологічної симптоматики у 83,3 % пацієнтів був встановлений вестибуло-атактичний синдром, у 56,7 % — цефалгічний, у 30 % — церебрастенічний, у 26,7 % — мнестичний та у 23,3 % спостерігались тривожно-депресивні розлади. У жінок переважав церебрастенічний, мнестичний і цефалгічний синдроми, у чоловіків — вестибулоатактичний синдром (табл. 9).

За шкалою Фрамінгемського дослідження вік серця/судин лише в 1 чоловіка (3,3 %) відповідав віку пацієнта, у 2 чоловіків (6,7 %) був меншим на 1–2 роки від віку пацієнта, а у решти чоловіків та жінок «вік серця/судин» був значно більшим за календарний вік.

Таблиця 3. Розподіл пацієнтів за рівнем артеріального тиску

АТ, мм рт.ст.	Загальна чисельність (n = 30)		Чоловіки (n = 10)		Жінки (n = 20)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
≥ 140/90	15	50	4	13,3	11	36,7
< 140/90	15	50	6	20	9	30

Таблиця 4. Частота виявлення супутньої патології

Супутня патологія	Чисельність	
	Абс.	%
Цукровий діабет II типу	1	3,3
Цукровий діабет I типу	1	3,3
ІХС	16	53,3
Порушення серцевого ритму	3	10
Недостатність аортального клапана	1	3,3
Інфаркт міокарда в анамнезі	1	3,3
Гіпотиреоз	2	6,6

Таблиця 5. Розподіл пацієнтів чоловічої статі за показниками антропометрії

Результати антропометрії, ІМТ (кг/м ²)	Чисельність	
	Абс.	%
18,5–24,99	–	–
25–29,99	7	23,3
30–34,99	3	10

Таблиця 6. Розподіл пацієнтів жіночої статі за показниками антропометрії

Результати антропометрії, ІМТ (кг/м ²)	Чисельність	
	Абс.	%
18,5–24,99	6	20
25–29,99	13	43,3
30–34,99	1	3,3

Таблиця 7. Характеристика основних скарг хворих

Скарги	Жінки (n = 20)		Чоловіки (n = 10)		Усього (n = 30)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Головний біль	14	70	4	40	18	60
Зниження працездатності	3	15	1	10	4	13,3
Хиткість при ходьбі	6	30	1	10	7	23,3
Загальна слабкість	4	20	–	–	4	13,3
Втомлюваність	4	20	2	20	6	20
Зниження пам'яті	9	45	1	10	10	33,3
Порушення сну	5	25	–	–	5	16,7
Дратівливість	3	15	2	20	5	16,7
Плаксивість	2	10	–	–	2	6,7
Зниження концентрації уваги	2	10	1	10	3	10
Запаморочення	2	10	5	50	7	23,3
Почуття тривоги	5	25	2	20	7	23,3
Почуття страху смерті	1	5	–	–	1	3,3
Головокружіння	8	40	5	50	13	43,3

Таблиця 8. Характеристика основних об'єктивних симптомів

Симптоми	Жінки (n = 20)		Чоловіки (n = 10)		Усього (n = 30)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Асиметрія носогубних складок	8	40	4	40	12	40
Легка девіація кінчика язика	2	10	–	–	2	6,7
Асиметрія сухожилкових рефлексів із кінцівок	–	–	2	20	2	6,7
Патологічні стопні знаки	–	–	2	20	2	6,7
Хиткість у позі Ромберга	10	50	3	30	13	43,3
Атаксія при ходьбі	3	15	1	10	4	13,3

Таблиця 9. Характеристика основних синдромів

Синдроми	Жінки (n = 20)		Чоловіки (n = 10)		Усього (n = 30)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Цефалгічний	13	65	4	40	17	56,7
Вестибулоатактичний	16	80	9	90	25	83,3
Церебрастенічний	8	40	1	10	9	30
Тривожно-депресивний	5	25	2	20	7	23,3
Мнестичний	6	30	2	20	8	26,7
Пірамідна недостатність	–	–	1	10	1	3,3

Висновки

1. Стаж ГХ у державних службовців працездатного віку становить від 2 до 14 років, 13,3 % чоловіків і 36,7 % жінок мають середнє значення АТ \geq 140/90 мм рт.ст.

2. Характеристика груп обстежених державних службовців за віком та статтю виявила, що найчастіше ГДЕ зустрічається у жінок віком 50–59 років (40 %), у чоловіків 60–65 років (26,7 %).

3. Частота виявлення супутньої патології виявилась досить високою, а саме: ІХС — 53,3 %, порушення серцевого ритму — 10 %, гіпотиреоз — 6,6 %.

4. Аналіз індексу маси тіла виявив що, надмірна маса тіла спостерігалась у 23,3 % чоловіків і 43,3 % жінок. Ожиріння І ступеня було виявлено у 10 % обстежених чоловіків і 3,3 % жінок.

5. У державних службовців працездатного віку з артеріальною гіпертензією, ускладненою гіпертонічною

дисциркуляторною енцефалопатією, без перенесеного ішемічного інсульту в анамнезі переважали вестибуло-атактичний (незалежно від гендерної ознаки) (83,3 %), цефалгічний (56,7 %), церебростенічний (30 %) синдроми.

6. За шкалою Фрамінгемського дослідження вік серця/судин лише у 3,3 % пацієнтів відповідав віку пацієнта.

Список літератури

1. Товажнянская Е.Л. Гипертоническая энцефалопатия. Роль антигипертензивной терапии в профилактике и лечении / Товажнянская Е.Л., Безуглова И.О., Ярош В.А. // *Международный неврологический журнал*. — 2014. — № 2(64). — С. 93-99.
2. Мищенко Т.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: устаревший термин или клиническая реальность? / Мищенко Т.С. // *Международный неврологический журнал*. — 2013. — № 2(56). — С. 134-138.
3. Денишук И.С. Дисциркуляторная энцефалопатия при кризовом течении гипертонической болезни: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.13/И.С. Денишук; 2-й центр. клинич. военный госпиталь им. П.В. Мандрыка, М-во охраны здоровья России. — К., 2006. — 25 с.
4. Ощепкова Е.В. Гипертоническая энцефалопатия: принципы профилактики и лечения / Ощепкова Е.В. // *Здоровье Украины*. — 2006. — № 23/1. — С. 33-35.

5. Боровик С. Борьба с инсультом и сосудисто-мозговыми заболеваниями: проблемы, решения, перспективы / Боровик С. // *Український медичний часопис*. — 2014. — № 6(104). — С. 24-27.

6. Дамулин И.В., Захаров В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: методические рекомендации. — М., 2000. — 20 с.

7. Верецагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. — М.: Медицина, 1997. — 288 с.

8. Шмырев В.И., Васильев А.С., Рудас М.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: вопросы патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения на современном этапе // *Ліки України*. — 2010. — № 9(145). — С. 62-69.

9. Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные взгляды на патогенез и диагностику // *Здоров'я України*. — 2006. — № 15-16.

10. Coca A. Cerebral involvement in hypertensive cardiovascular disease // *Eur. Heart J.* — 2003. — Vol. 5. — P. 19-25.

11. Кабалова Ж.Д., Толкачева В.В., Котовская Ю.В. Цереброваскулярные осложнения артериальной гипертензии. Качество жизни // *Медицина*. — 2005. — № 10. — С. 17-21.

12. Ogunniyi A., Talabi O. Cerebrovascular complications of hypertension // *Niger. J. Med.* — 2001. — Vol. 4. — P. 158-161.

Отримано 11.05.15 ■

Черний Т.В., Литвин Е.В., Литвин М.М.
Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Резюме. Среди основных причин смертности населения Украины в 2012–2013 гг. первое место занимают болезни системы кровообращения (68,2 %). Среди основных этиологических факторов хронических нарушений мозгового кровообращения важную роль играет длительно существующая артериальная гипертензия, которая приводит со временем к развитию гипертонической энцефалопатии. Поэтому целью нашего исследования было изучить клинико-неврологические особенности течения гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии у государственных служащих. Пациенты были распределены по уровню артериального давления, наличию сопутствующей патологии, семейного анамнеза со стороны гипертонической болезни и ишемической болезни сердца, обследованы по Фраммингемскому исследованию возраст сердца/сосудов, также было выполнено распределение пациентов мужского и женского пола по показателям антропометрии, проанализированы основные жалобы больных и основные неврологические синдромы, согласно чему было обнаружено значительное преимущество со стороны координаторных нарушений. Таким образом, существующие клинико-неврологические характеристики гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии могут быть дополнены и расширены предложенными нами критериями с целью улучшения методов первичной профилактики инсультов среди трудоспособного контингента, а именно — государственных служащих.

Ключевые слова: гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, индекс массы тела, сахарный диабет.

Chernii T.V., Lytvyn O.V., Lytvyn M.M.
SRI «Scientific Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» of Government Department of Affairs, Kyiv, Ukraine

CLINICAL AND NEUROLOGICAL CHARACTERISTICS OF HYPERTENSIVE DYSIRCULATORY ENCEPHALOPATHY IN CIVIL SERVANTS

Summary. Among the main reasons of mortality of population in Ukraine in 2012–2013 disturbed circulation takes the first place (68.2 %). Arterial hypertension prevails among the etiologic reasons of the impairment of cerebral circulation. Eventually it causes hypertensive dyscirculatory encephalopathy development. That is why the aim of our study was investigation of the clinical and neurological characteristics of the clinical course of hypertensive dyscirculatory encephalopathy in civil servants. The patients were divided depending on blood pressure level, presence of concomitant disease, family anamnesis of hypertensive disease and ischemic heart disease, examined according to Framingham Heart Study age of the heart/blood vessels. They were also considered anthropometry dates in the patients of both genders; there were analyzed the main complaints of the patients and basic neurological syndromes, according to which it was revealed a significant prevailing of coordination disorders. Thus, the existing clinical and neurological characteristics of hypertensive dyscirculatory encephalopathy may be added and expanded the criteria proposed by us to improve the methods for primary prevention of stroke among the working contingent, namely civil servants.

Key words: hypertensive dyscirculatory encephalopathy, hypertensive disease, ischemic heart disease, body mass index, diabetes mellitus.