

**Б.В.МИХАЙЛОВ**

# НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**B.V. Mykhaylov**

## VIOLATION OF THE MENTAL SPHERE IN PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY OF VARIOUS ORIGINS

*Harkov medical academy of postgraduate education*

**Резюме.** *Цель исследования: оценка саногенетических показателей у больных ДЭ различного генеза в условиях стационарного лечения.*

*Материалы и методы: Группа обследования представлена 27 больными в возрастном диапазоне от 40 до 79 лет с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия.*

*Результаты: Доминирующим неврологическим синдромом у больных был дискоординаторный. Рассеянная неврологическая симптоматика присутствовала у трети больных (33,3%). Интеллектуально-мнестические нарушения имелись у 25,9% больных, в том числе у 17,6% в I-й и у 40,0% во II-й группе. Указанные нарушения в 2,5 раза чаще наблюдались у больных с III степенью ДЭ, чем у больных со II степенью ДЭ (соответственно 18,5% и 7,4%). Деменция отмечалась у 11 из 27 больных (37,0%), при этом в подавляющем большинстве (в 89,0% случаев) она наблюдалась у больных с III степенью ДЭ. По данным гематологического обследования выявлен достоверно больший уровень гемоглобина (Hb) у больных I-й группы, что объяснимо различиями питания и социального порядка в сравниваемых группах.*

*Выводы: под влиянием стационарного лечения улучшение субъективных показателей у больных ДЭ (в виде снижения количества жалоб на 1 больного в среднем в 1,6 раза). Более выраженная положительная динамика саногенетических показателей отмечена в группе больных ДЭ без хронического алкоголизма, - для которых в условиях стационарного лечения необходимо усиление средств и способов саногенетической направленности.*

**Ключевые слова:** *Нарушение психической сферы, дисциркуляторная энцефалопатия, стационарное лечение.*

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) в среднем в 55% случаев обусловлена атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга в сочетании с артериальной гипертензией. Стационарное лечение направлено на ликвидацию основных патогенетических механизмов заболевания у больных с выраженной неврологической, нейровегетативной и психо-эмоциональной симптоматикой (Т.С.Мищенко та співавт., 2002; М.М.Одинак и соавт., 2003; Г.В.Дзяк, Б.А.Коваль, 2004; А.П.Иванив, 2001, 2005).

В медицинской литературе недостаточно данных о саногенетической направленности

стационарного этапа лечения больных ДЭ различного генеза. Исходя из этого, целью работы была оценка саногенетических показателей у больных ДЭ различного генеза в условиях стационарного лечения.

Группа обследования представлена 27 больными в возрастном диапазоне от 40 до 79 лет (средний возраст составил  $63,3 \pm 1,5$  года). 27 мужчин были пролечены в условиях стационара по поводу различных расстройств психики и поведения, в том числе 17 больных имели дисциркуляторную энцефалопатию (ДЭ), обусловленную атеросклерозом сосудов голов-

ного мозга – группа I, и 10 больных имели ДЭ смешанного генеза,- обусловленную наличием атеросклероза сосудов головного мозга и хроническим алкоголизмом – группа II.

Фоновые и сопутствующие заболевания в группах I и II имели следующие различия; ИБС (стенокардия напряжения, II ФК) была у 58,8% и 30% больных соответственно, так же часто встречался кардиосклероз в обеих указанных группах. Гипертоническая болезнь (II ст., НК I) была у 29,4% и 10,0% больных соответственно I-й и II-й групп, хронический бронхит – у 17,6% и 10,0% больных. В I-й группе у 23,5% пациентов встречались нарушения сердечного ритма, в том числе у 3 (17,6%) в виде мерцательной аритмии.

Во II-й группе наблюдалась патология, которой не было у больных I-й группы: алкогольный гепатоз (30,0%), токсическая нефропатия (10,0%), полинейропатия (10,0%). У больных II-й группы чаще отмечался облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей: соответственно 20,0% и 5,9%.

Доминирующим неврологическим синдромом у больных был дискоординаторный, его частота в группах I и II практически не различалась (соответственно 66,7% и 70,0%). Остальные неврологические синдромы чаще наблюдались во II-й группе: дисмнестический соответственно в 20,0% и 11,8% случаев, судорожный – в 20,0% и 5,9%, экстрапирамидный – в 10,0% и 5,0% случаев.

Рассеянная неврологическая симптоматика присутствовала у трети больных (33,3%). Она в 2,1 раза чаще встречалась во II-й группе (соответственно 50,0% и 23,5%). Двигательные нарушения – преимущественно в виде шаткости походки – были у 7 из 27 больных (25,9%), слабость в ногах отмечали 11,1% больных.

Интеллектуально-мнестические нарушения имелись у 25,9% больных, в том числе у 17,6% в I-й и у 40,0% во II-й группе. Указанные нарушения в 2,5 раза чаще наблюдались у больных с III степенью ДЭ, чем у больных со II степенью ДЭ (соответственно 18,5% и 7,4%). Деменция отмечалась у 11 из 27 больных (37,0%), при этом в подавляющем большинстве (в 89,0% случаев) она наблюдалась у больных с III степенью ДЭ.

Патопсихологическое обследование памяти и интеллекта во всех случаях выявило инертность психических процессов, сужение

круга интересов, ослабление интеллектуально-мнестических возможностей, связанных с особенностями имеющейся патологии.

По результатам биохимического обследования у больных II-й группы были исходно и в динамике большими величины билирубина (исходно – соответственно  $18,9 \pm 10,8 \pm 0,6$  мкм/л,  $p < 0,05$ ) и тимоловой пробы (исходно –  $2,33 \pm 0,02$  и  $2,1 \pm 0,03$  ед.,  $p < 0,05$ ) – хотя они находились в пределах допустимых значений, однако отражали большую напряженность процессов обмена у больных с проявлениями алкогольной интоксикации.

По данным гематологического обследования выявлен достоверно больший уровень гемоглобина (Hb) у больных I-й группы, что объяснимо различиями питания и социального порядка в сравниваемых группах. В I-й группе исходно был достоверно выше уровень неспецифической резистентности (по соотношению лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов) – соответственно  $0,415 \pm 0,04$  и  $0,302 \pm 0,04$ ,  $p < 0,05$ ). Оценка уровня лимфоцитов периферической крови по Л.Х.Гаркави, А.И.Шихляровой (2001), Л.Х.Гаркави и соавт. (2003) выявила преобладание адаптационной реакции стресса у больных II-й группы (60,0%), у больных I-й группы она встречалась в 20,0% случаев. По состоянию вегетативной реактивности в I-й группе преобладали явления ареактивности (35,7%) и III степени напряженности (35,7%),- что свидетельствовало о пониженном уровне адаптационных возможностей. Во II-й группе исходно ареактивность выявлена у 80,0% больных и у 20,0% пациентов отмечалась IV степень напряженности,- что характеризовало низкий уровень реактивности в этой группе.

Индекс иммунологической резистентности (ИИР), учитывающий соотношения лимфоцитов, эозинофилов и моноцитов периферической крови (Т.В.Кобец, Ю.Ю.Василенко, 2004) отражал средний уровень защитных механизмов организма в (I-й группе  $5,70 \pm 0,57$ , во II-й группе  $4,29 \pm 0,62$ ).

Под влиянием проведенного медикаментозного лечения – с применением главным образом пирасетама, циннаризина, фезама, сибазона, аминазина, витаминных препаратов (аевита, ревиты, вит. B6, B12, глютаминовой кислоты), а у больных с депрессивными и тревожно-депрессивными включениями в клини-

ческой структуре применялся флюоксетин в среднесуточных дозировках – отмечена положительная динамика субъективных и объективных проявлений.

У больных I-й группы при среднем сроке лечения  $17,1 \pm 2,7$  дней достоверно уменьшилось среднее число жалоб на 1 больного (табл.1). В этой группе значительно снизилась частота жалоб на нарушения сна, раздражи-

тельность, головную боль, эмоциональную лабильность.

У больных II-й группы была наиболее выражена положительная динамика по проявлениям эмоциональной лабильности. Среднее количество жалоб на 1 больного в этой группе также стало достоверно меньше. В целом по группе количество жалоб на 1 больного уменьшилось с  $5,82 \pm 0,56$  до  $3,46 \pm 0,58$  ( $p < 0,01$ ).

Таблица 1

*Динамика субъективных проявлений у больных ДЭ*

Жалобы	Количество жалоб (в%)			
	Группа I (n=17)		Группа II (n=10)	
	1	2	1	2
Снижение памяти	47,0	47,0	70,0	70,0
Нарушения сна	47,0	11,7	30,0	10,0
Дезориентация во времени	47,0	47,0	40,0	30,0
Раздражительность	35,3	5,9	30,0	20,0
Головная боль	35,3	17,6	40,0	40,0
Головокружение	29,4	17,6	20,0	20,0
Боли в области сердца	29,4	23,5	10,0	—
Эмоциональная лабильность	23,5	5,9	70,0	40,0
Эмоциональная заторможенность	7,6	5,9	20,0	—
Общая слабость	23,5	11,7	40,0	30,0
Среднее количество жалоб на 1 больного	$5,23 \pm 0,50$	$3,23 \pm 0,41$ <0,05	$6,40 \pm 0,64$	$3,70 \pm 0,54$ <0,01

Примечание: p – достоверность изменений под влиянием лечения; 1 – до; 2 – после лечения.

Показатели гемодинамики в группе сравнения изменились перед выпиской незначительно. У больных I-й группы стали достоверно более высокими показатели систолического (СД) и диастолического давления (соответственно  $143,3 \pm 3,1$  и  $130,0 \pm 3,2$ , и  $89,3 \pm 2,3$  и  $81,0 \pm 1,6$  мм рт. ст.,  $p < 0,01$ ) на фоне тенденции к повышению на 7,1% пульсового давления. Расчетный уровень по Старру (И.З.Самосюк и соавт., 2004) в обеих группах остался перед выпиской практически без изменения ( $39,9 \pm 1,6$  и  $33,8 \pm 1,1$  мл,  $p < 0,05$ ), в пределах гипокинетического типа гемодинамики.

У больных II-й группы отмечена тенденция к снижению пульсового давления (на 10,2% по сравнению с исходным), СД в среднем на 8,5 мм рт.ст. Различия гемодинамиче-

ских показателей в I-й и II-й группах могут быть обусловлены большей ригидностью сосудистого тонуса у больных с явлениями алкогольной интоксикации.

Биохимические показатели в группе сравнения оставались перед выпиской в пределах допустимых величин. По данным общего анализа крови достоверных изменений гематологических показателей под влиянием медикаментозного лечения не произошло. Содержание лимфоцитов до и после лечения в I-й группе было в пределах соответственно  $24,3 \pm 12,7\%$  и  $22,6 \pm 2,1\%$ , во II-й группе –  $23,0 \pm 11,8\%$  и  $22,8 \pm 1,4\%$ . После проведенного лечения у больных I-й и II-й групп определяли преобладание уровня реакции тренировки (табл.2).

Таблица 2.

*Динамика изменения адаптационных реакций у больных ДЭ и индекса иммунологической резистентности*

Адаптационная реакция	Динамика изменения (в %) по группам			
	I		II	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Реакция стресса	20,0	—	60,0	—
Переактивация	—	—	10,0	—
Повышенная активация	40,0	—	—	—
Спокойная активация	—	25,0	10,0	20,0
Тренировка	40,0	75,0	20,0	80,0
ИИР	5,70±0,57	4,83±0,60	4,29±0,49	3,10±0,49

Примечание: достоверность ( $p < 0,05$ ) отмечена в сравнении I-ой и II-ой групп после лечения.

При оценке неспецифической реактивности перед выпиской у больных преобладала I степень напряженности: в I-ой группе в 62,5%, во II-ой группе в 50,0% случаев, - что отражало переход на высокий уровень реактивности у определенной части больных. Достоверно более высокий уровень ИИР перед выпиской у больных I-ой группы отражал более высокий уровень сопротивляемости организма больных без проявлений алкогольной интоксикации.

Таким образом, по данным обследования можно отметить, что под влиянием стационарного лечения улучшение субъективных

показателей у больных ДЭ (в виде снижения количества жалоб на 1 больного в среднем в 1,6 раза). Более выраженная положительная динамика саногенетических показателей отмечена в группе больных ДЭ без хронического алкоголизма, - для которых в условиях стационарного лечения необходимо усиление средств и способов саногенетической направленности.

Целесообразным является использование антидепрессантов группы СИОЗС при нарушениях эмоциональной сферы депрессивного и тревожно-депрессивного характера.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Т.С.Мищенко, Л.Ф.Шестопалова, Т.В.Криженко, Л.А.Лапшина. Клініко-патогенетичні особливості хронічних ішемічних порушень мозкового кровообігу і програма реабілітації // Укр. вісник психоневрології. – 2002. -Т.10. -Вип.2/31/. -С.63-65.
2. М.М.Одинак, А.А.Михайленко, Ю.С.Иванов, Г.Ф.Семен. Сосудистые заболевания головного мозга. -СПб.:Гиппократ, 2003. -160 с.
3. Г.В.Дзяк, Е.А.Коваль. Атеросклероз: современный взгляд на патогенез // Укр. кардиолог. журн. – 2004. - №1. – С. 15-21.
4. А.П.Иванив. Система диагностики и лечения сосудистых энцефалопатий // Международ. мед. журн. – 2001. -Т.7. -№2. -С87-91.
5. А.П.Иванив. Сосудистые энцефалопатии: вопросы тактики лечения и реабилитации // Вестник физиотер. и курортол. -2005. -№1. -С.38-41.
6. Л.Х.Гаркави, А.И.Шихлярова. Улучшение качества жизни и повышение неспецифической резистентности организма при развитии антистрессорных реакций // Матер.международ.конф. "Улучшение качества жизни". -СПб.:ВмедА, 2000. -С.41-45.
7. Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакина, Т.С.Кузьменко, А.И.Шихлярова. Антистрессорные реакции и активационная терапия. - Екатеринбург: РИА "Филантроп", 2003. -С.336 с.
8. Т.В.Кобец, Ю.Ю.Василенко. Динамика индексов крови у часто болеющих детей на курорте /Матер.IV конгресса физиотер. и курортол. Автоном.Респ.Крым//Вестник физиотер. и курортол. - 2004. -№2.С.100.
9. И.З.Самосюк, Н.В.Чухраев, С.Т.Зубкова, Н.И.Самосюк, Г.Е.Шимков. Физические методы в лечении и медицинской реабилитации больных и инвалидов. -К.:Здоров'я, 2004. - 624 с.

## РЕЗЮМЕ

### ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Б.В.Михайлов

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Мета дослідження:** оцінка саногенетичних показників у хворих ДЕ різного генезу в умовах стаціонарного лікування.

**Матеріали і методи:** Група обстеження представлена 27 хворими в віковому діапазоні від 40 до 79 років з діагнозом дисциркуляторна енцефалопатія.

**Результати:** Домінуючим неврологічним синдромом у хворих був дискоординаторний. Розсіяна неврологічна симптоматика була присутня у третини хворих (33,3%). Інтелектуально-мнестичні порушення були у 25,9% хворих, в тому числі у 17,6% в I-ї і у 40,0% у II-ї групі. Зазначені порушення в 2,5 рази частіше спостерігалися у хворих з III ступенем ДЕ, ніж у хворих з II ступенем ДЕ (відповідно 18,5% і 7,4%). Деменція відзначалася у 11 з 27 хворих (37,0%), при цьому в переважній більшості (в 89,0% випадків) вона спостерігалася у хворих з III ступенем ДЕ. За даними гематологічного обстеження виявлено достовірно більший рівень гемоглобіну (Hb) у хворих I-ї групи, що можна пояснити відмінностями харчування і соціального порядку в порівнюваних групах.

**Висновки:** під впливом стаціонарного лікування поліпшення суб'єктивних показників у хворих на ДЕ (у вигляді зниження кількості скарг на 1 хворого в середньому в 1,6 рази). Більш виражена позитивна динаміка саногенетичних показників відзначено в групі хворих ДЕ без хронічного алкоголізму, - для яких в умовах стаціонарного лікування необхідно посилення засобів і способів саногенетичної спрямованості.

**Ключові слова:** Порушення психічної сфери, дисциркуляторна енцефалопатія, стаціонарне лікування.

## SUMMARY

### VIOLATION OF THE MENTAL SPHERE IN PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY OF VARIOUS ORIGINS

B.V. Mykhaylov

*Kharkov medical academy of postgraduate education*

**Aim of study:** evaluation of sanogenetic indicators in patients with DE of different genesis under conditions of inpatient treatment.

**Materials and methods:** The examination group is represented by 27 patients in the age range from 40 to 79 years with a diagnosis of dyscirculatory encephalopathy.

**Results.** The dominant neurological syndrome in patients was discordant. Dissipated neurologic symptoms were present in a third of patients (33.3%). Intellectual-mnesic disorders were present in 25.9% of patients, including 17.6% in the 1st group and 40.0% in the 2nd group. These disorders were 2.5 times more frequent in patients with  $\leq$  Degree of Dementia than in patients with a degree of DE (18.5% and 7.4%, respectively). Dementia was noted in 11 of 27 patients (37.0%), while in the overwhelming majority (in 89.0% of cases) it was observed in patients with a degree of DE. According to the hematological examination, a significantly higher level of hemoglobin (Hb) in patients of the 1st group was detected, which is explained by differences in nutrition and social order in the compared groups.

**Conclusions.** under the influence of inpatient treatment, improvement of subjective indices in patients with DE (in the form of a decrease in the number of complaints per patient by an average of 1.6 times). A more pronounced positive dynamics of sanogenetic indices was noted in the group of patients with DE without chronic alcoholism, for whom in conditions of inpatient treatment it is necessary to increase the means and methods of sanogenetic orientation.

**Key words:** Violation of the mental sphere, discirculatory encephalopathy, inpatient treatment.