

УДК 616.831-005+616-056.52]-05

Паленка О.Є., Литвиненко Н.В., Кривчун А.М.

КЛІНІКО-ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ПРИ ОЖИРІННІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведено комплексне клініко-психодіагностичне обстеження 90 пацієнтів на дисциркуляторну енцефалопатію (64 пацієнти з ожирінням, 26 пацієнтів без ожиріння). В роботі використані методи дослідження нейропсихологічного статусу (тест Спілбергера-Ханіна, тест на депресію Бека, шкала MMSE, таблиці Шульте, тест Лурія); застосовані аналіз демографічних показників, даних родинного анамнезу, обстеження вегетативного статусу. У пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією та ожирінням встановлено переважання осіб жіночої статі, службовців за професією. Хворі на дисциркуляторну енцефалопатію та ожиріння не дотримувались здорового способу життя (переїдання, гіподинамія), мали більш вираженні прояви вегетативної дисфункції із схильністю до парасимпатикотонії в порівнянні із пацієнтами без ожиріння. При дослідженні психоемоційних параметрів спостерігали переважання особистісної тривожності із зниженням рівня уваги та загальної когнітивної продуктивності.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, нейропсихологічний статус, ожиріння.

Дана робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою на тему: «Оптимізація та патогенетичне обґрунтування методів діагностики і лікування судинних та нейродегенеративних захворювань нервової системи з урахуванням клініко-гемодинамічних, гормональних, метаболічних, генетичних та імунозапальних чинників» (№ державної реєстрації – 0111U006303).

Вступ

Безумовним лідером серед чинників когнітивної та нейропсихологічної дисфункції є судинна мозкова недостатність. Хронічні прогресуючі форми церебральної недостатності судинної етіології традиційно позначаються терміном дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) [8]. Прояви хронічної ішемії мозку в залежності від стадії процесу можуть змінюватись від субклінічних до ознак стійкого неврологічного дефіциту в поєднанні з емоційно-особистісними та когнітивними розладами [5,6,8].

Основні клінічні прояви хронічної недостатності мозкового кровообігу (порушення в емоційній сфері, поліморфні рухові розлади, погіршення пам'яті, уваги, мислення) поступово призводять до дезадаптації хворих. До клінічних особливостей хронічної ішемії мозку відносять прогресуючий перебіг, стадійність, синдромність. Враховуючи високу поширеність когнітивних порушень у хворих на цереброваскулярні захворювання, необхідно проводити їх ранню діагностику до формування вираженого неврологічного дефіциту, який значно обмежує можливості соціальної адаптації хворого. На сучасному етапі окремо виділяють термін помірних когнітивних порушень (стану, що характеризується нормальним інтелектом, суб'єктивним зниженням пам'яті, збереженням активності у повсякденному житті, наявними порушеннями мнестичних функцій при відсутності проявів деменції [2]). Потрібно наголосити, що фактори ризику розвитку судинних уражень головного мозку (ожиріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет тощо) обтяжують перебіг та лікування ДЕ.

На теперішній час залишаються до кінця нез'ясованими питання впливу ожиріння на пе-

ребіг ДЕ, в тому числі, на психодіагностичні параметри.

Мета дослідження

Визначення клініко-психодіагностичних особливостей перебігу ДЕ II ст. у пацієнтів із ожирінням.

Матеріали та методи дослідження

Проведено обстеження 90 пацієнтів із ДЕ II ст. віком від 41 до 68 років (середній вік $56 \pm 2,5$ років), які перебували на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім.М.В.Скляфосовського протягом 2013-2014 рр. ДЕ діагностували за загальноприйнятими класифікаціями та методичними рекомендаціями [4]. В залежності від індексу маси тіла (ІМТ) пацієнти були розподілені на дві групи: 64 пацієнти із ДЕ II ст. та ожиріння (1 група) та 26 пацієнтів із ДЕ II ст. без ожиріння (2 група). До групи з ожирінням були віднесені пацієнти, у яких ІМТ був вищий за $30,0 \text{ кг/м}^2$.

У всіх пацієнтів проводили збір та деталізацію скарг, ретельне вивчення анамнезу, визначення антропометричних даних, дослідження неврологічного статусу. Окремо проводили збір інформації про паління, вживання алкоголю, особливості харчування, вік та професію, тривалість захворювання. Серед скарг особливу увагу приділяли наявності головного болю з уточненням інтенсивності (за візуальною аналоговою шкалою – ВАШ). ВАШ представляє собою лінію довжиною 10 см, де 0 визначає відсутність болі, 2 см – слабку біль, 4 см – помірну, 6 см – виражену, 8 см – різко виражену, 10 см – нестерпну біль. З'ясовували наявність головокружіння, порушення статичної координації, емоційної сфери, зниження пам'яті, уваги. Особливу увагу зверта-

ли на дані сімейного анамнезу (ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння, цукровий діабет у батьків).

Для оцінки вегетативного тону була використана карта-опитник, розроблена проф. А.М. Вейном [3]. Для встановлення вегетативних розладів підраховували загальну кількість балів за позитивними відповідями на питання першого (анкета пацієнта) та другого (анкета лікаря) розділів карти. Наявність вегетативної дисфункції діагностували, якщо у хворого кількість балів першого розділу карти перевищувала 15 балів, другого – 25 балів. Додатково для характеристики вегетативного тону вивчали показники частоти серцевих скорочень, систолічного та діастолічного АТ, дихальних рухів, розраховували вегетативний індекс Кердо та Хільдебранда, що дозволило оцінити ступінь дезінтеграції в діяльності вісцеральних систем організму.

Нейропсихологічне (психодіагностичне) обстеження проводили за допомогою тестів Ч.Д.Спілбергера в модифікації Ю.Л.Ханіна [7], тесту Бека, короткої шкали MMSE (Mini Mental State Examination), таблиць Шульте, тесту Лурія. Тест Спілбергера-Ханіна являє собою надійну та інформативну методику, яка допомагає оцінити як реактивну тривожність (ситуаційну), так і особистісну тривожність (стійка характеристика людини). Результат до 30 балів відбивав низький рівень тривоги, 31- 45 – середній, 46 і більше – високий рівень тривоги. Кількісну оцінку емоційних порушень проводили за допомогою шкали депресії Бека (1-9 балів – відсутність депресії, 10-15 балів – м'яка депресія, 16-18 балів помірною депресія, більше 19 балів – виражена депресія). Для оцінки загальної когнітивної продуктивності використовували коротку шкалу MMSE (Mini Mental State Examination), яка дозволяє швидко та ефективно оцінити орієнтування в часі, місці, сприйняття, концентрацію уваги, функцію мови, праксису. З метою дослідження темпу сенсомоторних реакцій, активної уваги, тренуваності та втомлюваності використовували таб-

лиці Шульте. Оцінку стану довільної вербальної пам'яті проводили методом запам'ятовування 10 слів, не пов'язаних між собою за змістом і емоційно нейтральних (О.Р.Лурії) [9,10].

Отримані у процесі обстеження пацієнтів кількісні показники обробляли методами математичної статистики з розрахунком середніх вибірових значень (M), дисперсії (y) та помилок середніх значень (m) у групах обстежених осіб. Вірогідність відмінностей отриманих результатів для різних груп визначалася за допомогою t-критерію надійності Стьюдента. Відмінності вважали статистично значимими при загальноприйнятій у медико-біологічних дослідженнях імовірності помилки $p < 0,05$. Імовірність помилки оцінювали за таблицями Стьюдента з урахуванням розміру експериментальних груп. Обчислення проводили на персональному комп'ютері із використанням програм "Microsoft Excel 2007" та "SPSS for Windows. Release 13.0".

Результати досліджень та їх обговорення

В загальній когорті хворих на ДЕ переважали пацієнти із ожирінням (71%). При порівнянні гендерних особливостей було з'ясовано, що в першій групі переважали жінки (75%), в другій групі жінки та чоловіки становили порівну (50%). Вік пацієнтів першої групи склав $54,8 \pm 0,8$ років, другої групи – $55,9 \pm 1,2$ років ($p \geq 0,05$). Серед пацієнтів першої групи переважали службовці (53,1%), другої групи – робітники (42,3%). Пацієнти першої та другої групи з однаковою частотою зловживали палінням (7% в першій групі, 12% в другій групі), кавою (42% та 40% відповідно), мали низький показник рухової активності (час ходи склав відповідно $2,35 \pm 0,3$ годин та $1,96 \pm 0,5$ годин). При цьому пацієнти першої групи рідше займались фізичними вправами (34% проти 60% в другій групі), частіше мали надлишковий прийом їжі (62 % проти 28 % в другій групі).

Аналіз скарг пацієнтів в першій та другій групах наведений в таблиці 1.

Таблиця 1
Характеристика суб'єктивних показників у хворих на ДЕ (%)

показники	I група ДЕ + ожиріння n=64	II група ДЕ без ожиріння n=26
головний біль	94%	80%
головокружіння	80%	73%
зниження пам'яті	71%	68%
зниження уваги	64%	60%
дратливість	65%	60%
пригнічення настрою	71%	64%

Дані представлені в таблиці 1 свідчать про переважання наявності головного болю, головокружіння, пригнічення настрою у пацієнтів I групи. При цьому у пацієнтів із ожирінням інтенсивність головного болю за ВАШ була достовірно

вищою порівняно з хворими II групи ($5,77 \pm 0,2$ балів в першій групі проти $4,68 \pm 0,4$ бали в другій групі хворих, $p \geq 0,05$).

Дані сімейного анамнезу представлені в таблиці 2.

Таблиця 2
Характеристика показників сімейного анамнезу у хворих на ДЕ (%)

фактори ризику	I група ДЕ + ожиріння m=64		II група ДЕ без ожиріння m=26	
	мати	батько	Мати	батько
артеріальна гіпертензія	59,3%	28,1%	69,2%	23,1%
стенокардія	23,4%	12,5%	30,7%	3,8%
цукровий діабет	10,9 %	6,2%	7,7%	7,7%
ожиріння	37,5%	15,6%	38,4%	7,6%

Отримані дані щодо сімейного анамнезу свідчили про однакову частоту реєстрації в групах АГ, цукрового діабету (у матері та батька), ожиріння (у матері). Потрібно зауважити, що наявність ожиріння у батька переважала у пацієнтів

першої групи та стенокардії у матері серед пацієнтів другої групи.

Порівняльна характеристика вегетативного тону у пацієнтів із ДЕ наведена в таблиці 3.

Таблиця 3
Порівняльна характеристика вегетативного тону у пацієнтів із ДЕ (M±m)

Показники	I група ДЕ + ожиріння m=64	II група ДЕ без ожиріння m=26	P
кількість балів за картою опитувальника Вейна	39,3±1,6	33,2±2,3	<0,05
вегетативний індекс Кердо, ум.од	-23,2±2,1	-14,4±2,9	<0,05
вегетативний індекс Хільдебранда, ум.од	3,98±0,007	3,99±0,17	>0,05

Згідно даних, наведених в таблиці 3, у пацієнтів обох груп реєстрували синдром вегетативної дисфункції за кількістю балів опитувальника Вейна з достовірним переважанням в групі хворих з ожирінням. Нами не було встановлено достовірних змін вегетативного індексу Хільдебранда в обох групах, при цьому значення параметрів знаходились в межах 2,8 – 4,9 ум.од., що свідчило про нормальні міжсистемні співвідношення в дихальній та серцево-судинній системах.

Окремо потрібно підкреслити, що вегетативний індекс Кердо мав від'ємні значення в обох групах з переважанням в групі з ожирінням, що свідчило про переважання парасимпатичного тону в цій групі.

Психодинамічні параметри також мали визначені особливості в обох групах пацієнтів (таблиця 4).

Таблиця 4
Психодинамічні параметри у хворих на ДЕ (M±m)

Показники	I група ДЕ + ожиріння m=64	II група ДЕ без ожиріння m=26	P
реактивна тривожність, бали	29,5±0,8	29,9±1,0	>0,05
особистісна тривожність, бали	46,5±1,3	41,0±2,3	<0,05
шкала депресії Бека, бали	11,2±0,8	9,9±1,1	>0,05
температура сенсорних реакцій, рівень уваги (таблиці Шульте), с	48,1±1,4	42,7±1,7	<0,05
короткочасна пам'ять (10 слів), %	76,3±1,7	78,4±2,7	>0,05
MMSE, бали	26,9±0,1	27,8±0,1	<0,05

Отримані дані щодо психодинамічних параметрів пацієнтів свідчили, що у хворих на ДЕ та ожиріння достовірно переважала особистісна тривожність (за шкалою Спілберга-Ханіна), були знижені рівень уваги (за таблицями Шульте) та загальна когнітивна продуктивність (за тестом MMSE), що вказувало на розвиток помірних когнітивних розладів в цій групі хворих.

Висновки

1. Проведене дослідження довело переважання пацієнтів з ожирінням в загальній когорті хворих на ДЕ (71%).

2. У пацієнтів із ДЕ та ожирінням переважали особи жіночої статі, службовці. Пацієнти цієї групи вели менш рухливий спосіб життя та зловживали переїданням.

3. За даними анамнезу у пацієнтів з ДЕ та ожирінням виявлено переважання наявності головного болю, головокружіння, пригнічення на-

строю, що супроводжувалося вегетативною дисфункцією з парасимпатикотонією.

4. Психодіагностичне обстеження встановило переважання особистісної тривожності, при зниженні рівня уваги та загальної когнітивної продуктивності в даній групі пацієнтів.

Література

1. Бачинська Н.Ю. Синдром умеренных когнитивных нарушений / Н.Ю. Бачинська // *НейроNews*. – 2010. – № 2 (1). – С. 12-17.
2. Бурчинский С.Г. Ишемия головного мозга: возможности комплексной
3. фармакологической коррекции / С.Г. Бурчинский // *Укр. вісн. психоневрол.* – 2006. – Т. 14, № 1. – С. 15-18.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / А.М. Вейн. – М. : Медицина, 2003. – 752 с.
5. Волошин П.В. К вопросу о классификации сосудистых заболеваний головного мозга / П.В. Волошин, Т.С. Мищенко // *Український вісник психоневрології*. – 2002. – Т. 10, вип. 2 (31). – С. 12-17.
6. Гусев Е.И. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова [и др.] // *Неврология: Национальное руководство*. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
7. Литовченко Т.А. Патогенетический подход к профилактике и коррекции нарушений когнитивной сферы у пациентов с хрониче-

ской сосудистой патологией головного мозга / Т.А. Литовченко // Здоровье Украины. – 2007. – № 3. – С. 5.

8. Клінічні шкали і психодіагностичні тести у діагностиці судинних захворювань головного мозку : Метод. рекомендації / Т.С. Міщенко, Л.Ф. Шестопалова, М.А. Трищинська. – Х. : ВІПОЛ, 2008. – 36 с.

9. Шмідт Є.В. Класифікація судинних уражень головного і спинного мозку / Є.В. Шмідт // Ж неврології і психіатрії. – 1985. – Т. 85. – С. 192-203.

10. O'Brien J.T. Vascular cognitive impairment / J.T. O'Brien, T. Erkinjuntti, B. Reisberg [et al.] // Lancet Neurology. — 2003. — Vol. 2. — P. 89-98.

11. Яхно Н.Н. Легкие и умеренные когнитивные нарушения в пожилом возрасте / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров // Терапевт. архив. – 2006. – № 1. – С. 80-83.

References

1. Bachins'ka N.YU. Sindrom umerennykh kognitivnykh narusheniy / N.YU. Bachins'ka // NeuroNews. – 2010. – № 2 (1). – С. 12-17.

2. Burchinskiy S.G. Ishemiya golovnoho mozga: vozmozhnosti kompleksnoy farmakologicheskoy korrektsii / S.G. Burchinskiy // Ukr. vnsn. psikhonevrol. – 2006. – Т. 14, № 1. – С. 15-18.

4. Veyn A.M. Vegetativnyye rasstroystva: Klinika, lecheniye, diagnostika / A.M. Veyn. – М. : Meditsina, 2003. – 752 s.

5. Voloshin P.V. K voprosu o klassifikatsii sosudistykh zabolevaniy golovnoho mozga / P.V. Voloshin, T.S. Mishchenko // Ukrain'skiy vnsnik psikhonevrologii. – 2002. – Т. 10, vip. 2 (31). – С. 12-17.

6. Gusev Ye.I. Khronicheskaya nedostatochnost' mozgovogo krovoobrashcheniya / Ye.I. Gusev, A.N. Kononov, V.I. Skvortsova [i dr.] // Nevrologiya: Natsional'noye rukovodstvo. – М. : GEOTAR-Media, 2010.

7. Litovchenko T.A. Patogeneticheskiy podkhod k profilaktike i korrektsii narusheniy kognitivnoy sfery u patsiyentov s khronicheskoy sosudistoy patologiyey golovnoho mozga / T.A. Litovchenko // Zdorov'ye Ukrainy. – 2007. – № 3. – С. 5.

8. Klinichni shkaly i psikhodiahnostychni testy u diahnozytsii sudynnykh zakhvoryuvan' holovnoho mozku : Metod. rekomendatsiyi / T.S. Mishchenko, L.F. Shestopalova, M.A. Trishchyns'ka. – KH. : VIPOL, 2008. – 36 s.

9. Shmidt YE.V. Klyasyfikatsiya sudynnykh urazhen' holovnoho i spynnoho mozku / YE.V. Shmidt // ZH nevrolohiyi i psykhiatriyi. – 1985. – Т. 85. – С. 192-203.

10. O'Brien J.T. Vascular cognitive impairment / J.T. O'Brien, T. Erkinjuntti, B. Reisberg [et al.] // Lancet Neurology. — 2003. — Vol. 2. — P. 89-98.

11. Yakhno N.N. Legkiye i umerennyye kognitivnyye narusheniya v pozhilom vozraste / N.N. Yakhno, V.V. Zakharov // Terapevt. arkhiv. – 2006. – № 1. – С. 80-83.

Реферат

КЛИНИКО-ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Паленка Е.Е., Литвиненко Н.В., Крывчун А.М.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, нейропсихологический статус, ожирение.

Проведено комплексное клиничко-психодіагностическое обследование 90 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (64 пациента с ожирением, 26 пациентов без ожирения). В работе использованы методы исследования нейропсихологического статуса (тест Спилбергера-Ханина, тест на депрессию Бека, шкала MMSE, таблицы Шульте, тест Лурия); применены анализ демографических показателей, данных семейного анамнеза, обследования вегетативного статуса. У пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией и ожирением установлено преобладание лиц женского пола, служащих по профессии. Больные дисциркуляторной энцефалопатией и ожирением не придерживались здорового образа жизни (переедание, гиподинамия), имели более выраженные проявления вегетативной дисфункции с уклоном к парасимпатикотонии по сравнению с пациентами без ожирения. При исследовании психоэмоциональных параметров наблюдали преобладание личностной тревожности со снижением уровня внимания и общей когнитивной производительности.

Summary

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF PSYCHO DIAGNOSTIC ENCEPHALOPATHY IN OBESITY

Palenka Ye. Ye., Lytvynenko N.V., Kryvchun A.M.

Key words: encephalopathy, neuropsychological status, obesity.

The comprehensive clinical and psychodiagnostic survey involved 90 patients with dyscirculatory encephalopathy (64 obese patients, 26 patients without obesity). We used research methods of neuropsychological status (Spielberg-Hanin test, Beck depression test, MMSE scale, Schulte tables, Luria test), applied analysis of demographic indicators of family history data, survey of vegetative status. Among the patients with dyscirculatory encephalopathy and obesity females were observed to prevail, mainly white collar workers. The patients with dyscirculatory encephalopathy and obesity did not keep healthy lifestyle (overeating, lack of exercise) and had a more pronounced manifestations of autonomic dysfunction with a tendency to the parasympathicotony compared with the patients without obesity. The study of psycho-emotional parameters demonstrated the prevalence of personal anxiety with reduced attention and general cognitive performance.