

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТЕНЗИВНОЇ  
ТА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ПРИ ОЖИРІННІ  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**

elena2468@meta.ua

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 імунізапальних чинників» (№ державної реєстрації – 0111U006303).

**Вступ.** Серед основних етіологічних форм дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) виділяють атеросклеротичну, гіпертензивну, змішаної етіології, венозну та викликану іншими причинами (васкуліти, ревматизм, захворювання крові). Найбільш вагомі етіологічні фактори в розвитку ДЕ – гіпертонічна хвороба (ГХ) та церебральний атеросклероз (ЦА) [1,3,4]. Поряд із цим урахування окремих чинників ризику та їх поєднання є важливим при визначенні прогнозу гострого або хронічного перебігу ДЕ. Гіпокінезія й ожиріння, часта й тривала психоемоційна перенапруга, зловживання алкоголем, паління й обтяжена спадковість щодо серцево-судинних захворювань сприяють виникненню гострих порушень мозкового кровообігу [2,5].

**Мета дослідження:** з'ясувати клінічні, біохімічні та гемодинамічні особливості перебігу гіпертонічної та атеросклеротичної дисциркуляторної енцефалопатії при ожирінні.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено обстеження 89 пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні протягом 2013-2015 рр. За наявністю етіологічного фактору хворі на ДЕ II ст. були розподілені на три групи: перша група – хворі на гіпертонічну хворобу (ГХ – 18 пацієнтів, 20,22%), друга група – хворі на церебральний атеросклероз (ЦА – 9 пацієнтів, 10,11%), третя група – хворі, у яких було діагностовано гіпертонічну хворобу в поєднанні з церебральним атеросклерозом (ГХ+ЦА – 62 пацієнти, 69,67%). Окремо було обстежено 11 відносно здорових пацієнтів відповідного віку та статі (контрольна група).

У всіх пацієнтів проводили збір та деталізацію скарг, вивчення анамнезу (гендерні особливості, сімейний стан, народження та проживання), дослідження антропометричних даних, неврологічного та психодіагностичного статусів.

Психодіагностичне обстеження проводили за допомогою тестів Ч.Д. Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна, тесту Бека, короткої шкали MMSE (Mini Mental State Examination). Тест Спілбергера-Ханіна являє собою надійну та інформативну методику, яка допо-

магає оцінити як реактивну (ситуаційну) тривожність як стан пацієнта в даний час, так і особистісну тривожність як стійку характеристику людини. Кількісна оцінка емоційних порушень проводилася за допомогою шкали депресії Бека: 1-9 балів – відсутність депресії, 10-15 – м'яка депресія, 16-18 – помірна депресія, більше 19 балів – виражена депресія.

Для оцінки загальної когнітивної продуктивності використовувалась коротка шкала MMSE (Mini Mental State Examinatin), яка складається із ряду субтестів, що дозволяють швидко й ефективно оцінити орієнтування в часі, місці, сприйняття, концентрацію уваги, функцію мови, праксису.

Стан когнітивних функцій (уваги) у хворих додатково оцінювали за допомогою таблиць Шульте. Методика застосовується для дослідження темпу сенсомоторних реакцій і характеристик уваги, рівня розумової працездатності. Методика запам'ятовування 10 слів А.Р. Лурія призначена для оцінки стану довільної вербальної пам'яті.

Для визначення показників ліпідограма (концентрації загального холестерину –ХС, ліпопротеїдів високої щільності – ЛПВЩ, ліпопротеїдів низької щільності – ЛПНЩ, тригліцеридів – ТГ) проводили забір крові з послідуною обробкою на біохімічному аналізаторі «Sapphire 400» (Японія).

Отримані у процесі обстеження пацієнтів кількісні показники обробляли методами математичної статистики з розрахунком середніх вибірових значень (M), дисперсії ( $\sigma$ ) 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  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.**

Порівняння основних демографічних факторів в групах пацієнтів в залежності від етіологічного фактору ДЕ дозволило заключити, що в усіх обстежених групах переважали особи чоловічої статі за виключення хворих на ДЕ на фоні ГХ в поєднанні з ЦА. При цьому достовірних вікових відмінностей в групах нами не виявлено. В усіх групах хворих на ДЕ місцем народження була переважно сільська місцевість. Дані представлені в **таблиці 1**.

Нами було проведено співставлення показників родинного анамнезу щодо частоти основних захворювань – етіологічних чинників розвитку ДЕ в групах пацієнтів (**табл. 2**).

Аналізуючи наявність факторів ризику розвитку ДЕ у матерів та батьків пацієнтів, потрібно відмітити

Таблиця 1.

**Демографічні показники у хворих на ДЕ в залежності від етіологічного фактору**

| Показники  | Групи пацієнтів         |                         |                              |                           |
|--|-------------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------------|
|  | перша група<br>ГХ, n=18 | друга група,<br>ЦА, n=9 | третья група,<br>ГХ+ЦА, n=62 | контрольна<br>група, n=11 |
| стать:<br>чоловіки %<br>жінки %                            | 66,6<br>33,4            | 60<br>40                | 17,4* **<br>82,6* **         | 81,8***<br>18,2***        |
| вік, роки (M±m)  | 52,33±1,46              | 53,8±3,10               | 56,27±0,77                   | 50,64±2,65                |
| місце народження:<br>місто, %<br>сільська<br>місцевість, % | 61,1<br>38,9            | 60<br>40                | 60,6<br>39,4                 | 45,5<br>54,5              |
| мешканець<br>місто, %<br>сільська<br>місцевість, %         | 55,6<br>44,4            | 80<br>20                | 64,5<br>35,5                 | 81,8<br>18,2              |
| сімейний стан:<br>одружені, %<br>неодружені, %             | 83,3<br>16,7            | 80<br>20                | 79<br>21                     | 100<br>0                  |
| наявність<br>ожиріння, %                                   | 44,4                    | 80*                     | 98,4*                        | 0* ** **                  |

Примітка: тут і в табл. 2-6:

\* – достовірні відмінності порівняно з першою групою (p<sub>1</sub><0,05);

\*\* – достовірні відмінності порівняно з другою групою (p<sub>2</sub><0,05);

\*\*\* – достовірні відмінності порівняно з третьою групою (p<sub>3</sub><0,05).

достовірне переважання частоти ГХ, ЦД, ожиріння, інших ССХ – у батьків, ЦД – у матерів хворих на ДЕ в третій групі (ГХ+ЦА) порівняно з хворими другої групи (ЦА). При цьому показники частоти ГХ, ЦД та інших ССЗ у батьків пацієнтів в третій групі достовірно переважав аналогічні показники в контрольній групі. Важливим являється факт високої частоти ГХ у матерів пацієнтів в усіх групах (72,2% в першій, 40% в другій, 61,3% в третій, 81,8% в контрольній групах), вірогідно високої частоти інших ССЗ у матерів в групі ДЕ на фоні ГХ (94%).

Враховуючи встановлені відмінності щодо наявності ожиріння в групах хворих та у здорових пацієнтів, нами проведений аналіз загальноприйнятих антропометричних показників (табл. 3).

Всі антропометричні показники контрольної групи мали достовірні відмінності від показників груп хворих на ДЕ, що підтверджувало переважання ожиріння у хворих на ДЕ. Необхідно відмітити, що вага, індекс ОТ/ОС, ІМТ були достовірно вищими в другій групі пацієнтів (ЦА) порівняно з першою групою (ГХ). В третій групі хворих (при поєднанні ГХ та ЦА в якості етіологічних чинників) порівняно з першою групою достовірно переважали також вага, об'єм талії, об'єм стегон, ІМТ. При цьому неможливо не зауважити, що зріст у пацієнтів третьої групи достовірно був нижчим, ніж у пацієнтів другої групи.

Отримані дані свідчать про асоціацію ЦА з ожирінням, яка має тенденцію до підсилення при поєднанні з ГХ у хворих на ДЕ.

Наступним кроком обстеження було визначення відмінностей об'єктивних показників неврологічного статусу в групах пацієнтів (табл. 4).

**Показники родинного анамнезу етіологічних чинників у хворих на ДЕ в залежності від етіологічного фактору (%)**

Таблиця 2.

| Показники            | Групи пацієнтів         |                         |                              |                              |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
|                      | перша група<br>ГХ, n=18 | друга група,<br>ЦА, n=9 | третья група,<br>ГХ+ЦА, n=62 | контрольна<br>група,<br>n=11 |
| ГХ у матері, %       | 72,2                    | 40                      | 61,3                         | 81,8                         |
| ГХ у батька, %       | 16,7                    | 0                       | 30,6**                       | 9,1***                       |
| ЦД у матері, %       | 5,6                     | 0                       | 11,3**                       | 9,1                          |
| ЦД у батька, %       | 0                       | 0                       | 8,1**                        | 0***                         |
| ожиріння у матері, % | 39                      | 4,0                     | 37,7                         | 27                           |
| ожиріння у батька, % | 5,6                     | 0                       | 16,1**                       | 9,1                          |
| інші ССЗ у матері, % | 94                      | 16*                     | 19*                          | 7,3*                         |
| інші ССЗ у батька, % | 66,7                    | 0                       | 38,7**                       | 0***                         |

Порівняння показників неврологічного статусу в першій (ГХ) та другій (ЦА) групі пацієнтів не дозволило виявити суттєвих відмінностей.

Виключення складала частота уражень пірамідного шляху (рефлекторно-пірамідна недостатність), кортико-нуклеарного шляху (ураження лицевого нерву за центральним типом), частота вестибулярних розладів, яка достовірно переважала в другій групі хворих.

Таблиця 3.

**Антропометричні показники у хворих на ДЕ в залежності від етіологічного фактору (M±m)**

| Показники               | Групи пацієнтів         |                         |                              |                           |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------------|
|                         | перша група<br>ГХ, n=18 | друга група,<br>ЦА, n=9 | третья група,<br>ГХ+ЦА, n=62 | контрольна група,<br>n=11 |
| ріст, см                | 166,1±2,05              | 168,4±1,69              | 159,9±3,87**                 | 168,3±2,1                 |
| вага, кг                | 82,5±2,74               | 96,2±7,34*              | 93,43±2,9*                   | 67,0±2,82* ** **          |
| об'єм талії, см         | 99,72±2,56              | 108±6,69                | 106,71±1,61*                 | 82±3,4* ** **             |
| об'єм стегон, см        | 108,61±1,83             | 117±4,93                | 116,82±1,2*                  | 102,18±1,16* ** **        |
| індекс ОТ/ОС,<br>ум. од | 0,92±0,03               | 0,97±0,06*              | 0,91±0,02                    | 0,79±0,02* ** **          |
| ІМТ, кг/м <sup>2</sup>  | 29,85±0,69              | 34,17±2,59*             | 34,24±0,59*                  | 23,7±0,57* ** **          |

Порівняння частоти неврологічних симптомів в першій (ГХ) та третій (ГХ+ЦА) групах виявило переважання уражень кортико-нуклеарних шляхів

**Показники неврологічного обстеження у хворих на ДЕ в залежності від етіологічного фактору (%)**

| Показники                           | Групи пацієнтів            |                            |                                 |                           |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|                                     | перша група<br>ГХ,<br>n=18 | друга група,<br>ЦА,<br>n=9 | третья група,<br>ГХ+ЦА,<br>n=62 | контрольна група,<br>n=11 |
| субкортикальні знаки                | 77,8                       | 80                         | 83,4                            | 36,4* ** **               |
| рефлекторно-пірамідна недостатність | 60                         | 100*                       | 88,5                            | 9,1* ** **                |
| ураження VII пари ЧМН, %            | 77,8                       | 100*                       | 88,7*                           | 27,3* ** **               |
| ураження XII пари ЧМН, %            | 55,6                       | 40                         | 45,2                            | 0* ** **                  |
| дизартрія, %                        | 0                          | 0                          | 3,2                             | 0                         |
| статична атаксія                    | 61,1                       | 80                         | 83,9*                           | 3,6* ** **                |
| динамічна атаксія                   | 55,6                       | 80                         | 79*                             | 0* ** **                  |
| Ністагм                             | 55,6                       | 80                         | 80,6*                           | 2,3* ** **                |
| парез конвергенції                  | 38,9                       | 40                         | 43,5                            | 0* ** **                  |
| парез погляду                       | 11,1                       | 0                          | 9,7**                           | 0* ** **                  |
| слабкість VI пари ЧМН               | 94,4                       | 80                         | 100                             | 7* ** **                  |
| брадикінезія                        | 5,6                        | 0                          | 22,6* **                        | 0***                      |
| Тремор                              | 22,2                       | 20                         | 25,8                            | 0* ** **                  |
| пластична гіпертонія                | 44,4                       | 60                         | 62,9                            | 0* ** **                  |
| порушення чутливості                | 16,7                       | 20                         | 37,1                            | 0***                      |
| вестибулярні розлади                | 11,1                       | 60*                        | 27,4*                           | 0* ** **                  |

(ураження лицевого нерву за центральним типом) та мозочка (статична, динамічна атаксія), зростання частоти брадикінезії, ністагму, вестибулярних розладів в третій групі хворих. Крім того, потрібно підкреслити, що частота парезу погляду та брадикінезії переважала також в третій групі (ГХ+ЦА) порівняно з другою групою (ЦА), що підкреслює роль гіпертонічної хвороби в ураженні екстрапірамідної системи. Переважну частину неврологічних знаків в усіх групах хворих достовірно частіше діагностовано порівняно з показниками контрольної групи, що підтверджувало діагноз дисциркуляторної енцефалопатії.

Розвиток ДЕ супроводжується змінами когнітивного статусу, тому цілком закономірним було проведення порівняння стану когнітивних функцій в групах пацієнтів (табл. 5).

Як видно з представлених в таблиці 4 даних, у хворих на ДЕ II ст. не були виявлені вагомі порушення когнітивних функцій. Проте, нами встановлені достовірні зміни деяких показників. Так, в усіх групах хворих показники тесту MMSE були вірогідно нижчими, ніж в групі контролю, при цьому відповідали «легким когнітивним порушенням». Результати тесту MMSE в третій групі (ГХ+ЦА) були вірогідно нижчими за аналогічні показники в першій групі, що може підкреслювати роль ЦА в порушеннях пам'яті, орієнтації, праксису та інших когнітивних функцій. Результати коректурної проби Шульте були достовірно більшими

в третій групі хворих порівняно з показником в контрольній групі. В третій групі хворих також встановлено зниження короткочасної пам'яті порівняно з показником контрольної групи. При порівнянні результатів дослідження довготривалої пам'яті встановлено вірогідне її зниження у всіх груп хворих на ДЕ порівняно з пацієнтами контрольної групи з максимальною амплітудою змін в третій групі хворих. У хворих другої та третьої груп хворих встановлена наявність легкого ступеню депресії та підвищення особистісної тривожності порівняно з показниками контрольної групи, при цьому показник особистісної тривожності за тестом Спілбергера-Ханіна в третій групі хворих був вищим за показник в першій групі, що може свідчити про роль церебрального атеросклерозу в патологічних змінах психологічних функцій. Потрібно наголосити на відсутності достовірних змін з боку реактивної тривожності в усіх групах пацієнтів; рівень тривожності у вивчаємих групах можна визначити як «низький».

Оскільки основними етіологічними факторами ДЕ були визначені гіпертонічна хвороба та церебральний атеросклероз, наступним завданням дослідження було вивчення біохімічних показників ліпідограми та коагулограми в

**Показники психодіагностичного обстеження у хворих на ДЕ в залежності від етіологічного фактору**

| Показники                              | Групи пацієнтів         |                         |                              |                          |
|--|-------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------|
|  | перша група<br>ГХ, n=18 | друга група,<br>ЦА, n=9 | третья група,<br>ГХ+ЦА, n=62 | контрольна група<br>n=11 |
| MMSE, бали                             | 27,67±0,20              | 27±0,2                  | 26,90±0,12*                  | 28,36±0,24* ** **        |
| проба Шульте, сек.                     | 46,89±2,14              | 39,6±3,55               | 47,5±1,46                    | 42,73±1,41***            |
| тест 10 слів (короткочасна пам'ять), % | 80±2,65                 | 78±8,60                 | 75,48±1,75                   | 82,73±1,24***            |
| тест 10 слів (довготривала пам'ять), % | 67,5±3,09               | 74±4,1                  | 63,31±2,09**                 | 80,91±0,91* ** **        |
| шкала депресії Бека, бали              | 9,39±1,12               | 14±2,61                 | 11,08±0,81                   | 8,45±1,12** **           |
| Реактивна тривожність, бали            | 27,94±1,52              | 30,8±2,44               | 30,05±0,79                   | 29,36±1,32               |
| особистісна тривожність, бали          | 40,56±2,91              | 48,2±2,71               | 46,63±1,38*                  | 34,91±1,50** **          |

в групах хворих та в контрольній групі (табл. 6).

При проведенні аналізу даних коагулограми потрібно відмітити, що концентрація фібриногену була достовірно зниженою в першій та третій групі хворих порівняно з показником в групі здорових осіб. Протромбіновий індекс мав тенденцію до підвищення у пацієнтів третьої групи по відношенню до хворих в першій групі.

При цьому саме в третій групі хворих (ГХ+ЦА) встановлено вірогідне зростання концентрацій загального холестерину, тригліцеридів, ЛПНЩ, індексу атерогенності в порівнянні не тільки з контрольною групою, але й першою групою хворих (ГХ), що може

Таблиця 6.

**Показники коагулограми та ліпидограми у хворих на ДЕ в залежності від етіологічного фактору (M±m)**

| Показники                          | Групи пацієнтів         |                         |                             |                           |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|
|                                    | перша група<br>ГХ, n=18 | друга група,<br>ЦА, n=9 | третя група,<br>ГХ+ЦА, n=62 | контрольна<br>група, n=11 |
| холестерин загальний,<br>ммоль/л   | 5,43±0,18               | 5,96±0,61               | 6,36±0,15*                  | 5,01±0,14***              |
| тригліцериди, ммоль/л              | 1,41±0,13               | 1,81±0,39               | 2,25±0,16*                  | 1,55±0,17***              |
| холестерин – ЛПВЩ<br>ммоль/л       | 1,37±0,16               | 1,14±0,13*              | 1,30±0,04**                 | 1,46±0,08**               |
| холестерин – ЛПНЩ,<br>ммоль/л      | 3,17±0,22               | 4,31±0,41*              | 4,11±0,12*                  | 3,66±0,12***              |
| індекс атерогенності,<br>ум. од    | 3,51±0,18               | 4,7±0,33*               | 4,33±0,1*                   | 2,88±0,17***              |
| концентрація фібрино-<br>гену, г/л | 2,95±0,14               | 3,38±0,3                | 2,86±0,08                   | 3,74±0,13***              |
| протромбіновий індекс,<br>%        | 86,61±1,95              | 88,6±4,84               | 90,90±0,95*                 | 88,64±2,48                |

вказувати на роль змін ліпідного обміну саме в розвитку церебрального атеросклерозу. Підтвердженням даного заключення було максимальні значення концентрації ЛПНЩ, індексу атерогенності, мінімальні – концентрації ЛПВЩ саме в другій групі хворих (ЦА).

**Висновки**

1. У хворих на ДЕ на фоні ЦА встановлено переважання осіб із ожирінням (80%), переїданням (80%), скаргами на головокружіння, ознаками ураження пірамідного, кортико-нуклеарного шляху, вестибулярними розладами; превалювання значень ваги тіла, індексу ОТ/ОС, ІМТ, концентрації ЛПНЩ та ІА к крові при мінімальній концентрації ЛПВЩ (порівняно з групами контролю та ДЕ+ГХ).

2. У хворих на ДЕ на фоні ГХ встановлено наявність ожиріння у 44,4% пацієнтів, виявлена більша частота серцево-судинних захворювань у матері.

3. У хворих на ДЕ на фоні ГХ+ЦА встановлена наявність ожиріння у найбільшій кількості осіб (98,4%); констатовані найбільш виражені особливості перебігу хронічного розладу мозкового кровообігу: переважання кількості осіб жіночої статі та «самотніх» пацієнтів; більш часте зловживання палінням, алкоголем та кавою; зростання випадків ГХ, ЦД, ожиріння, «інших» серцево-судинних хвороб у батька, ЦД – у матері; ожиріння (98,4%); превалювання у пацієнтів скарг ас-

тенічного характеру, в неврологічному статусі – ознак ураження кортико-нуклеарного шляху, мозочкової та вестибулярної атаксії, брадиканезії; при психодіагностичному обстеженні – зниження показнику тесту MMSE, більш виражені розлади уваги, короткочасної пам'яті, підвищення особистісної тривожності; при біохімічному обстеженні в крові – зростання протромбінового індексу, концентрації глюкози, загального холестерину, тригліцеридів та ЛПНЩ, ІА.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому планується дослідити показники мозкової гемодинаміки та стан ліпідного профілю після лікування статинами.

**Література**

- Dudchenko I.O. Genetichna determinovanist' riziku ozhirinnya u hvorih na arterial'nu gipertenziyu / I.O. Dudchenko // Aktual'ni problemi suchasnoy medicini: Visn. Ukr. stomat. akad. – 2014. – Т. 14, № 2. – С. 13-15.
- Kupchinskaya E.G. Arterial'naya gipertenziya u pacientov s ozhireniem / E.G. Kupchinskaya, O.A. Voloshina, I.V. Lizogub // Zdorov'e Ukrainy. – 2010. – № 3. – С. 36-38.
- Mishchenko T.S. Optimizaciya terapii bol'nyh discirkulyatornoj ehncefalopatiej / T.S. Mishchenko, V.N. Mishchenko, I.A. Lapshina // Ukrain's'kij visnik psihonevrologii. – 2015. – Т. 23, vip. 1. – С. 37-41.
- Shmyrev V.I. Discirkulyatornaya ehncefalopatiya – voprosy patogeneza, diagnostiki, differencial'noj diagnostiki i lecheniya na sovremennom ehtape / V.I. Shmyrev, A.S. Vasil'ev, M.S. Rudas // Liki Ukrainy. – 2010. – № 9 (145). – С. 62-69.
- Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration / A. Ying, H. Arima, S. Czernichow, M. Woodward, R. Huxley, F. Turnbull, V. Perkovic, B. Neal // Collaboration. – 2015. – Vol. 385, № 9971. – P. 867-874.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ПРИ ОЖИРІННІ**

**Паленка О. Є.**

**Резюме.** Вивчено стан клінічних, неврологічних, психодіагностичних та біохімічних показників у 89 хворих на гіпертензивну та атеросклеротичну ДЕ в залежності від ожиріння. За наявності етіологічного фактору хворі на ДЕ II ст. були розподілені на три групи: перша група – хворі на гіпертонічну хворобу (ГХ – 18 пацієнтів, 20,22%), друга група – хворі на церебральний атеросклероз (ЦА – 9 пацієнтів, 10,11%), третя група – хворі, у яких було діагностовано гіпертонічну хворобу в поєднанні з церебральним атеросклерозом (ГХ+ЦА – 62 пацієнти, 69,67%). Окремо було обстежено 11 відносно здорових пацієнтів відповідного віку та статі (контрольна група).

У хворих на ДЕ на фоні ЦА встановлено переважання осіб із ожирінням (80%), переїданням (80%), скаргами на головокружіння, ознаками ураження пірамідного, кортико-нуклеарного шляху, вестибулярними розладами; превалювання значень ваги тіла, індексу ОТ/ОС, ІМТ, концентрації ЛПНЩ та ІА к крові при мінімальній концентрації ЛПВЩ (порівняно з групами контролю та ДЕ+ГХ). У хворих на ДЕ на фоні ГХ встановлено наявність ожиріння у 44,4% пацієнтів, виявлена більша частота серцево-судинних захворювань у матері.

У хворих на ДЕ на фоні ГХ+ЦА встановлена наявність ожиріння у найбільшій кількості осіб (98,4%); констатовані найбільш виражені особливості перебігу хронічного розладу мозкового кровообігу: переважання кількості осіб жіночої статі та «самотніх» пацієнтів; більш часте зловживання палінням, алкоголем та кавою; зростання випадків ГХ, ЦД, ожиріння, «інших» серцево-судинних хвороб у батька, ЦД – у матері; ожиріння (98,4%); пре-

валювання у пацієнтів скарг астеничного характеру, в неврологічному статусі – ознак ураження кортико-нуклеарного шляху, мозочкової та вестибулярної атаксії, брадикинезії; при психодіаностичному обстеженні – зниження показнику тесту MMSE, більш виражені розлади уваги, короткочасної пам'яті, підвищення особистісної тривожності; при біохімічному обстеженні в крові – зростання протромбінового індексу, концентрації глюкози, загального холестерину, тригліцеридів та ЛПНЩ, ІА.

**Ключові слова:** гіпертонічна дисциркуляторна енцефалопатія, атеросклеротична дисциркуляторна енцефалопатія, ожиріння.

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

**Паленка Е. Е.**

**Резюме.** В работе изучено состояние клинических, неврологических, психодиагностических и биохимических показателей у 89 больных гипертонивной и атеросклеротической ДЭ в зависимости от ожирения. При наличии этиологического фактора, больные ДЭ II ст. были разделены на три группы: первая группа – больные гипертонической болезнью (ГБ – 18 пациентов, 20,22%), вторая группа – больные церебральным атеросклерозом (ЦА – 9 пациентов, 10,11%), третья группа – больные, у которых было диагностировано гипертоническую болезнь в сочетании с церебральным атеросклерозом (ГБ + ЦА – 62 пациента, 69,67%). Отдельно были обследованы 11 относительно здоровых пациентов соответствующего возраста и пола (контрольная группа).

У больных с ДЭ на фоне ЦА выявлено преобладание лиц с ожирением (80%), переяданием (80%), жалобами на головокружение, признаками поражения пирамидного кортико-нуклеарного пути, вестибулярными расстройствами, а также превалирование значений веса тела, индекса ОТ / ОБ, ИМТ, концентрации липопротеинов низкой плотности и индекса атерогенности в крови при минимальной концентрации липопротеинов высокой плотности (по сравнению с группами контроля и ДЭ + ГБ).

У больных с ДЭ на фоне ГБ выявлено наличие ожирения у 44,4% пациентов, была обнаружена большая частота сердечно-сосудистых заболеваний у матери. У больных с ДЭ на фоне ГБ + ЦА установлено наличие ожирения у наибольшего количества изученных человек (98,4%), у них также были констатированы наиболее выраженные особенности течения хронического расстройства мозгового кровообращения. Среди них отмечается преобладание количества лиц женского пола и «одиноких» пациентов с более частым злоупотреблением курением, алкоголем и кофе при наличии частых случаев ГБ, СД, ожирения, «других» сердечно-сосудистых болезней у отца, СД – при наличии ожирения у матери (98,4%). Отмечается превалирование у данных пациентов жалоб астенического характера, в неврологическом статусе – признаков поражения кортико-нуклеарных пути, мозжечковой и вестибулярной атаксии, брадикинезией. При психодиагностическом обследовании отмечается снижение показателей теста MMSE, более выраженные расстройства внимания, кратковременной памяти, повышение личностной тревожности. При биохимическом обследовании в крови установлены повышение протромбинового индекса, концентрации глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности и индекса атерогенности.

**Ключевые слова:** гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия, атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия, ожирение.

### PECULIARITIES OF THE CLINICAL CURRENT OF HYPERTENSION ATHEROSCLEROSTIC ENCEPHALOPATHY FOR OBESITY

**Palenka E. E.**

**Abstract.** The study covers state of clinical, neurological, psychodiagnostic and biochemical indices in 89 patients with hypertensive and atherosclerotic dyscirculatory encephalopathy depending on obesity. Under etiological factor, patients with dyscirculatory encephalopathy were divided into three groups: the first group – patients with hypertensive disease (HD – 18 patients, 20.22%), the second group – patients with cerebral atherosclerosis (CA – 9 patients, 10.11%), the third group – patients who had diagnosed hypertension in combination with cerebral atherosclerosis (HD + CA – 62 patients, 69.67%). Separately, 11 relatively healthy patients of the corresponding age and sex were examined (control group).

The prevalence of obesity (80%), overeating (80%), dizziness complaints, signs of pyramidal, cortico-nuclear pathway, vestibular disorders was revealed in patients with with dyscirculatory encephalopathy CA background together with the prevalence of body weight, OT/OB index, BMI, low density lipoprotein concentration, and atherogenicity index in the blood, with a minimum concentration of high-density lipoproteins (compared to control groups and dyscirculatory encephalopathy with HD).

Patients with dyscirculatory encephalopathy on the background of HD revealed to have obesity in 44.4% cases with high incidence of cardiovascular disease of their mothers. Patients with dyscirculatory encephalopathy with a background of HD + CA, obesity were found in the largest number of people (98.4%); It was established that the most pronounced features of the course of chronic cerebral circulatory disorders: the prevalence of the number of female and "single" patients; more frequent abuse of smoking, alcohol and coffee; increased cases of HD, diabetes, obesity, "other" cardiovascular diseases of their fathers, diabetes – the mother's obesity (98.4%); the prevalence of asthenic complaints in patients, neurological status – signs of cortico-nuclear pathology, cerebellar and vestibular ataxia, bradykinesia; at psychodiagnostic inspection – decrease in parameters of test MMSE, more pronounced disorders of attention, short-term memory, increased personal anxiety; when biochemical examination in the blood – an increase in prothrombin index, glucose concentration, total cholesterol, triglycerides, low density lipoproteins and an atherogenic index.

**Keywords:** atherosclerotic dyscirculatory encephalopathy, dyscirculatory encephalopathy, obesity.

*Рецензент – проф. Литвиненко Н. В.*

*Стаття надійшла 05.10.2017 року*