

© Паленка О. Є., Литвиненко Н. В.

УДК 616.831-005-03:616-056.52

Паленка О. Є., Литвиненко Н. В.

КЛІНІКО-ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ 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 імунзапальних чинників» (№ державної реєстрації – 0111U006303).

Вступ. Проблема хронічних прогресуючих судинних захворювань мозку виходить на одне з ведучих місць у сучасній ангіоневрології. Актуальність цієї проблеми визначається її соціальною значимістю: неврологічні і психічні розлади при дисциркуляторній енцефалопатії (ДЕ) можуть бути причиною важкої інвалідазації хворих. Терміном «дисциркуляторна енцефалопатія» позначається цереброваскулярна патологія, яка розвивається при множинних вогнищевих або дифузних ураженнях мозку. Основними причинами, які обумовлюють виникнення і розвиток ДЕ, являються артеріальна гіпертензія (АГ) та атеросклероз [2]. Діагноз ДЕ встановлюється за наявності основного судинного захворювання, вогнищевих та характерних змін при нейровізуалізації. Виділення окремих факторів ризику є важливим при визначенні прогнозу перебігу ДЕ.

Ожиріння є частим чинником ризику АГ. За даними Фремінгемського дослідження, збільшення маси тіла на 5% підвищує ризик гіпертензії на 30% протягом 4 років [7]. У дослідженні Ausburg Monica Survey поширеність АГ незалежно від статі у осіб середнього віку без ожиріння склала 19%, у пацієнтів із індексом маси тіла (ІМТ) більше 30 кг/м² – 55%. Поряд із цим, встановлено закономірність розподілу систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ) відповідно з варіаціями маси тіла [4]. З численних патогенетичних чинників ДЕ значне місце посідають порушення артеріальної та венозної складових мозкового кровообігу. Тому, з метою визначення ланок патогенезу, діагностики та лікування ДЕ у пацієнтів із ожирінням вивчення показників мозкової гемодинаміки на сучасному етапі є актуальним [6].

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

Об'єкт і методи дослідження

Проведено обстеження 89 пацієнтів із ДЕ II стадії, які перебували на стаціонарному лікуванні в невро-

логічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського протягом 2013-2014 рр. ДЕ діагностували за загальноприйнятими класифікаціями та методичними рекомендаціями [1]. В залежності від індексу маси тіла (ІМТ) пацієнти були розподілені на дві групи: 25 пацієнтів із ДЕ II ст. без ожиріння (1 група), 64 пацієнти із ДЕ II ст. та ожирінням (2 група). До хворих із ожирінням були віднесені пацієнти, у яких ІМТ був вищий за 30,0 кг/м². Вік пацієнтів в середньому склав у групі з ожирінням 54,86 ± 1,27 роки; у групі без ожиріння – 55,92 ± 0,80 років. В першій групі особи чоловічої статі становили 48%, а в другій – 25%. Групу контролю склали 11 практично здорових осіб віком 50,64 ± 2,65 років без ожиріння. Комплексне обстеження включало оцінку загальносоматичного, неврологічного статусу, показників ліпідограми та інструментального дослідження.

У всіх пацієнтів проводили збір та деталізацію скарг, вивчення анамнезу (враховували вік, гендерні особливості, сімейний стан, місце народження та проживання), визначення антропометричних даних (зріст, вага тіла, об'єм стегон, об'єм талії, співвідношення: об'єм талії/об'єм стегон з послідуємим розрахунком ІМТ за формулою як відношення маси тіла в кілограмах до квадрату зросту в квадратних метрах).

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

Дослідження стану церебральної гемодинаміки проводили із застосуванням багатовіконного ультразвукового доплерографа «Сономед-300/М» (Спектрмед, Росія) відповідно до методики, запропонованої У. Б. Луцик [5]. Вивчали кровоток в інтракраніальних судинах (внутрішніх сонних артеріях – ВСА, надблокових артеріях – НБА) та інтракраніальних судинах (хребцевих артеріях – ХА). Для дослідження екстракраніального кровотоку використовували датчик 8 МГц у постійному режимі, для інтракраніального кровотоку – 2 МГц в імпульсному режимі. Оцінка отриманих спектрограм включала їх кількісний аналіз. Основними параметрами доплерівського спектру визначені: максимальна лінійна систолічна швидкість (Vmax), діастолічна швидкість (Vmin), середня швидкість кровотоку (Vmed). За

допомогою цих показників розраховували індекс циркуляторного опору (RI – вказує на судинний опір, стан прохідності артерій) та індекс пульсації (PI) [3]. Систолічна швидкість відбиває еластичність стінок судин, артеріальний тиск, скоротливу функцію міокарду, діастолічна швидкість визначається переважно станом периферичного судинного русла.

Дуплексне сканування судин шиї було виконано із застосуванням апарату «LOGIQ C 5» (Китай) з метою оцінки швидкості кровотоку та стану стінок екстракраніальних судин. При оцінці доплеровських характеристик кровотоку по сонним (загальній сонній артерії – ЗСА, ВСА) та хребцевим артеріям звертали увагу на лінійну швидкість кровотоку (peak systolic velocity – Vps), визначали товщину інтима-медіального шару артерій – комплексу інтима-медіа (KIM) в ділянці ЗСА по задній стінці судини на 1,5 см нижче біфуркації, діагностували S – подібну звивистість судин.

Отримані у процесі обстеження пацієнтів кількісні показники оброблялися методом математичної статистики з розрахунком середніх вибірових значень (M), дисперсії (v) та помилок середніх значень (m) у групах обстежених осіб; вірогідність відмінностей отриманих результатів для різних груп – за допомогою t-критерію надійності Стьюдента. Вірогідними вважали зміни показників при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення.

Порівняння демографічних показників у пацієнтів із ДЕ та контрольної групи наведені в таблиці 1.

При порівнянні демографічних показників в групах хворих на ДЕ та в контрольній групі було встановлено, що в другій групі хворих на ДЕ на фоні ожиріння вірогідно переважали особи жіночої статі порівняно з групою хворих на ДЕ без ожиріння. Пацієнти всіх груп не мали вірогідних відмінностей віку на момент обстеження. Пацієнти обох груп із ДЕ переважно мали місце народження в сільській місцевості, при цьому на момент обстеження мешкали в місті. В групах хворих на ДЕ спостерігалася більша кількість неодружених пацієнтів порівняно з контрольною групою.

У переважній кількості пацієнтів із ДЕ встановлений діагноз гіпертонічної хвороби без вірогідного переважання в будь-якій групі (в контрольній групі – 0%, в першій групі – $80 \pm 8,2\%$, в другій групі – $93,8 \pm 3,0\%$).

Клінічна картина ДЕ у пацієнтів обох груп супроводжувалась характерними скаргами (табл. 2).

Наведені в таблиці 2 дані свідчать, що у хворих на ДЕ порівняно з пацієнтами контрольної групи вірогідно переважали загально-мозкові скарги (головний біль, шум в голові, головокружіння, нудота, втрата свідомості), астеничні прояви (пітливість, загальна слабкість, пригнічення настрою), зниження пам'яті та уваги. При цьому вірогідних змін вищевказаних показників між групами хворих не встановлено. Поряд із цим звертає увагу високий відсоток пацієнтів із скаргами на дратівливість в контрольній та групах хворих на ДЕ, що можливо, пояснюється не-

Таблиця 1.

Демографічні показники у хворих на ДЕ в залежності від наявності ожиріння

Показники	Групи пацієнтів		
	контрольна група n=11	1-а група ДЕ без ожиріння n=25	2-а група ДЕ на фоні ожиріння n=64
стать: чоловіки жінки	19 % 81 %	48 % 52 %	25 %** 75 %**
вік, роки (M±m)	50,64±2,65	55,92±1,27	54,86±0,80
місце народження: місто сільська місцевість	54,5 % 45,5 %	37,5 % 62,5 %	39,1 % 60,9 %
мешканець місто сільська місцевість	81,8% 18,2 %	60% 40 %	62,5 % 37,5 %
сімейний стан: одружені неодружені	100 % 0 %	84 %* 16 %	79,7 %* 20,3 %

Примітка: тут і в табл. 2-7 * - вірогідність розбіжностей між показниками при порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$); ** - * - вірогідність розбіжностей між показниками при порівнянні 1-ої та 2-ої груп ($p < 0,05$).

Таблиця 2.

Скарги у хворих на ДЕ в залежності від наявності ожиріння (%)

Показники	Групи пацієнтів		
	контрольна група n=11	1-а група ДЕ без ожиріння n=25	2-а група ДЕ на фоні ожиріння n=64
головний біль	27,3	80*	93,8*
шум в голові	27,3	68*	65,6*
головокружіння	36,4	80*	73,4*
нудота	0	40*	54,7*
втрата свідомості	0	24*	26,6*
зниження пам'яті	0	68*	71,9*
зниження уваги	9,1	60*	64,1*
дратівливість	63,6	60	65,6
пітливість	9,1	68*	65,1*
загальна слабкість	36,4	88*	82,8*
пригнічення настрою	45,5	64	71,4

гативним впливом психогенних факторів навколишнього середовища на сучасному етапі.

В таблиці 3 представлені дані щодо факторів ризику розвитку ДЕ в групах пацієнтів.

Отримані результати свідчать, що хворі на ДЕ вірогідно частіше зловживали палінням та кавою порівняно з контрольною групою. На зловживання алкоголем не вказав жоден з хворих першої групи, в другій групі 10,9% пацієнтів визнали факт зловживання. При цьому середня кількість прийнятого алкоголю на тиждень з перерахунком на міцні напої склала в другій групі пацієнтів із ДЕ 493,9±93,6 мл. Час фізичної активності (час «ходи») та гіпокінезії (час «сидячи») на день не мав вірогідних відмінностей в усіх групах пацієнтів. Хворі на ДЕ на фоні ожиріння вірогідно рідше займались ранковою гімнастикою та мали надлишковий прийом їжі не тільки порівняно з контрольною групою, але й з групою ДЕ без ожиріння.

Антропометричні показники дозволили виявити вірогідні відмінності в групах пацієнтів (табл. 4).

Згідно даних наведених в таблиці 4 не виявлено достовірних відмінностей значень росту у пацієнтів всіх груп. При цьому встановлені достовірно більші значення ваги, об'єму талії, співвідношення: об'єм талії/об'єм стегон, ІМТ в групах хворих порівняно з контрольною групою. Поряд із цим пацієнти із ДЕ на фоні ожиріння мали більші значення ваги, об'єму талії та стегон, ІМТ порівняно із групою ДЕ без ожиріння.

В таблиці 5 представлені результати вивчення ліпідограми у пацієнтів контрольної та груп хворих на ДЕ.

Аналіз показників ліпідограми дозволив визначити достовірне зростання концентрації загального холестерину, індексу атерогенності в обох групах хворих на ДЕ порівняно з показниками контрольної групи з переважанням в групі пацієнтів із ожирінням. При цьому зростання концентрації ТГ та ЛПНЩ, зниження концентрації ЛПВЩ в другій групі хворих порівняно з контрольною групою вказувало на більш вагомій зміні ліпідного обміну саме при розвитку ДЕ у пацієнтів з ожирінням.

Показники ультразвукового дослідження стану гемодинаміки в екстракраніальних судинах наведені в таблиці 6.

Як видно з наведених в таблиці 6 результатів доплерографічного обстеження достовірних вірогідностей показників гемодинаміки в басейнах ЗСА, ВСА та хребцевих артеріях між групами хворих на ДЕ без ожиріння та контрольною групою не було встановлено.

Показник лінійної швидкості кровотоку в правій ХА був достовірно нижчий в групі хворих на ДЕ з ожирінням порівняно з першою групою хворих (ДЕ без ожиріння) та контрольною групою, лінійна швидкість кровотоку в правій ЗСА була достовірно зниженою у хворих на ДЕ з ожирінням порівняно з контрольною групою.

Таблиця 3.

Аналіз факторів ризику розвитку у хворих на ДЕ в залежності від наявності ожиріння

Показники	Групи пацієнтів		
	контрольна група n=11	1-а група ДЕ без ожиріння n=25	2-а група ДЕ на фоні ожиріння n=64
паління, %	0	12*	7,8*
кількість цигарок на день	0	1,4±0,9	1,3±0,6
зловживання алкоголем, %	0	0	10,9* **
кількість мл на тиждень	0	0	493,9±93,6* **
зловживання кавою, %	9,1	40*	42,2*
час «сидячи» на день, год.	5,55±0,4	6,32±0,4	6,5±0,3
час «ходи» на день, год.	6,55±0,5	5,96±0,5	6,36±0,3
ранкова гімнастика, %	54,5	60	34,4* **
надлишковий прийом їжі,%	18,2	28	62,5* **

Таблиця 4.

Антропометричні показники у хворих на ДЕ в залежності від наявності ожиріння

Показники	Групи пацієнтів		
	контрольна група n=11	1-а група ДЕ без ожиріння n=25	2-а група ДЕ на фоні ожиріння n=64
ріст, см	168,3±2,1	167,0±1,7	165,5±1,1
вага, кг	67±2,3	76,4±1,5*	96,6±1,8* **
об'єм талії, см	82±3,4	92,5±1,6*	109,1±1,4* **
об'єм стегон, см	102,1±1,2	103,4±7,8	118,2±1,1* **
індекс: об'єм талії/об'єм стегон, ум.од	0,80±0,02	0,89±0,01*	0,93±0,01*
ІМТ, ум.од	23,7±0,6	27,4±0,3*	35,2±0,5* **

Таблиця 5.

Показники ліпідограми у хворих на ДЕ в залежності від наявності ожиріння (M±m)

Показники	Групи пацієнтів		
	контрольна група n=11	1-а група ДЕ без ожиріння n=25	2-а група ДЕ на фоні ожиріння n=64
холестерин загальний, ммоль/л	5,01±0,14	5,60±0,18*	6,29±0,15* **
тригліцериди, ммоль/л	1,55±0,17	1,77±0,17	2,21±0,06*
ЛПВЩ, ммоль/л	1,46±0,08	1,40±0,13	1,27±0,03*
ЛПНЩ, ммоль/л	3,66±0,12	3,66±0,22	4,02±0,12*
індекс атерогенності, ум.од	2,89±0,17	3,94±0,12 *	4,27±0,11* **

Таблиця 6.

Показники ультразвукової доплерографії судин шиї у хворих на ДЕ в залежності від наявності ожиріння ($M \pm m$)

Локалізація судин	Латералізація	Групи пацієнтів		
		контрольна група n=11	1-а група ДЕ без ожиріння n=25	2-а група ДЕ на фоні ожиріння n=64
Лінійна швидкість, Vкр см/сек				
ЗСА	d	73,27±6,4	64,28±2,90	63,25±1,6*
		68,82±6,22	66,84±2,21	64,55±1,52
ХА	d	47±2,57	49±2,08	41,73±2,36* **
		47,36±2,85	46,72±2,36	47,06±1,79
ВСА	d	89,73±5,39	105,92±6,62	94,95±3,63
		82,91±4,50	89,44±7,24	89,73±4,19
Комплекс інтима – медіа				
ЗСА	d	0,72±0,04	0,80±0,03	0,80±0,02*
		0,78±0,04	0,78±0,03	0,80±0,02

У хворих на ДЕ з ожирінням також відмічалось достовірне зростання показнику товщини КІМ справа. S-подібна звивистість була діагностована в контрольній групі в 27,3%, в першій групі – 64%, другій групі 54,7% ($p_1 < 0,05$ для обох груп хворих). Таким чином, проведене ультразвукове дослідження судин шиї показало достовірне зростання КІМ в правій загальній сонній артерії в групі хворих на ДЕ із ожирінням, що свідчило про початок стенозуючого процесу. При цьому підвищення лінійної швидкості кровотоку у даних хворих в басейні правої хребцевої артерії порівняно з показником в контрольній та в першій групі пацієнтів характеризує залучення в патологічний процес стенозування судин вертебро-базиллярного басейну.

Проведене дослідження мозкової гемодинаміки дозволило встановити відмінності стану мозкового кровообігу в інтракраніальних судинах у хворих на ДЕ за показниками транскраніальної доплерографії (табл. 7).

Згідно представлених в таблиці 7 даних можна заключити, що у хворих на ДЕ в першій та другій групах спостерігалось вірогідне зростання максимальної діастолічної швидкості кровотоку в басейні ВСА порівняно з контрольною групою. При ожирінні у хворих на ДЕ відбувалося зниження показника індексу опору ВСА, підвищення пікової систолічної швидкості кровотоку, максимальної діастолічної та середньої швидкості кровотоку у ВСАd.

Порівняння доплерографічних показників в басейнах хребцевих та над-блокових артерій не дозволило виявити достовірних відмінностей між групами хворих на ДЕ та порівняно з групою контролю. Виключення склав показник індексу опору в ХАd та обох НБА, який в другій групі хворих (із ожирінням) був достовірно знижений порівняно з першою групою хворих (без ожиріння), але при цьому не відрізнявся від значень контрольної групи.

Отже, результати транскраніальної доплерографії внутрішньомозкових судин визначили підвищення V max в басейнах ВСА та ВСАd, підвищення

Таблиця 7.

Показники транскраніальної доплерографії судин голови у хворих на ДЕ в залежності від наявності ожиріння ($M \pm m$)

Локалізація	Латералізація	Групи пацієнтів		
		контрольна група n=11	1-а група ДЕ без ожиріння n=25	2-а група ДЕ на фоні ожиріння n=64
Пікова систолічна швидкість, V max				
ВСА	D	47,57±2,30	52,98±2,33	53,54±1,36*
		51,14±2,76	55,11±1,87	53,31±1,20
ХА	D	31,24±2,39	34,57±1,67	33,06±0,98
		34,14±3,36	36,1±1,56	34,07±1,06
НБА	D	32,2±3,01	29,80±2,10	31,97±1,50
		34,53±3,47	2,08±0,17	32,14±1,52
Максимальна діастолічна швидкість, V min				
ВСА	D	20,72±1,94	22,52±1,74	24,27±1,04*
		20,66±1,47	25,0±1,35*	24,4±0,90*
ХА	D	14,20±2,39	11,14±1,14	13,46±0,73
		14,75±2,47	15,48±12,22	14,07±0,77
НБА	D	8,83±2,39	5,37±1,05	7,78±0,90**
		8,66±1,56	4,57±0,90*	7,72±0,93**
Середня швидкість кровотоку				
ВСА	D	30,65±2,05	34,11±1,70	34,86±0,86*
		32,21±1,66	35,73±1,25	35,07±0,90
ХА	D	20,8±1,75	20,74±1,10	21,31±0,84
		22,73±2,64	23,69±1,67	21,15±0,88
НБА	D	14,18±1,61	12,85±1,21	16,47±0,90**
		16,03±1,70	12,37±1,12	15,99±1,07
Індекс опору, RI				
ВСА	D	0,56±0,04	0,58±0,02	0,55±0,01
		0,61±0,03	0,54±0,03	0,55±0,01*
ХА	D	0,58±0,04	0,67±0,03	0,60±0,01**
		0,59±0,04	0,63±0,04	0,60±0,01
НБА	D	0,74±0,04	0,87±0,04*	0,80±0,02**
		0,76±0,03	0,87±0,03*	0,78±0,03**
Індекс пульсації, PI				
ВСА	D	0,93±0,10	0,93±0,05	0,92±0,03
		1,07±0,10	0,90±0,08	0,92±0,04
ХА	D	0,90±0,08	1,18±0,08*	0,98±0,03**
		0,90±0,07	1,04±0,10	1,05±0,04
НБА	D	1,74±0,16	2,10±0,19	1,68±0,08
		1,68±0,15	2,08±0,17	1,83±0,09

V min та V med в басейні ВСАd, зниження RI (індексу Пурсело) в басейні ВСА у пацієнтів із ДЕ на фоні ожиріння порівняно із показниками в контрольній групі. Отримані відмінності гемодинаміки у хворих з ожирінням можуть свідчити про початок стенозуючого процесу в басейнах внутрішніх сонних артерій з акцентом справа на фоні зниження супротиву кровообігу в басейні ВСА.

Висновки

1. У пацієнтів із ДЕ виявлена висока частота діагностування гіпертонічної хвороби (більше 80%).
2. Хворі на ДЕ порівняно з групою здорових осіб частіше зловживали кавою та палінням, мали розлади ліпідного обміну.
3. Визначена вірогідність достовірних відмінностей скарг, неврологічних симптомів та знаків при ДЕ в залежності від наявності ожиріння.
4. Особливостями ДЕ на фоні ожиріння порівняно з перебігом ДЕ без ожиріння визначено пере-

важання жіночої статі, зловживання алкоголем та переїданням, більш вагомі розлади ліпідного обміну (зростання холестерину, ЛПНЩ, тригліцеридів, індексу атерогенності, зниження ЛПВЩ), доплерографічні ознаки початкового стенозуючого процесу в басейнах правої хребцевої та внутрішніх сонних артерій.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується дослідити показники ліпідного профілю та гемодинаміки після проведеної терапії статинами у хворих на ДЕ та ожиріння.

Література

1. 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.
2. Волошин П. В. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга / П. В. Волошин, В. И. Тайцлин // – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 688 с.
3. Зенков Л. Р. Функциональная диагностика нервных болезней / Л. Зенков, М. Ронкин // – М.: Медицина, 1991. – 640 с.
4. Купчинская Е. Г. Артериальная гипертензия у пациентов с ожирением / Е. Г. Купчинская, О. А. Волошина, И. В. Лизогуб // Здоровье Украины. – 2010. – № 3. – С. 36-38.
5. Лущик У. Б. Основы методики ультразвуковой диагностики сосудов головного мозга. / У. Б. Лущик- К.: Истина, 1997. – 108 с.
6. Чельшева И. А. Характеристика церебральной гемодинамики при дисциркуляторной энцефалопатии / И. А. Чельшева // Неврологический журнал. – 2004. – № 3. – С. 22-24.
7. Pericardial fat, visceral abdominal fat, cardiovascular disease risk factors, and vascular calcification in a community based sample: the Framingham Heart Study / G. A. Rosito, J. M. Massaro, U. Hoffmann, et al. // Circulation. – 2008. – Vol. 117, № 5. – P. 605-613.

УДК 616.831-005-03:616-056.52

КЛІНІКО-ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ПРИ ОЖИРІННІ

Паленка О. Є., Литвиненко Н. В.

Резюме. Вивчено стан клінічних, біохімічних гемодинамічних показників у 89 хворих на ДЕ в залежності від наявності ожиріння та 11 здорових осіб. Хворі на ДЕ були розподілені на 2 групи (25 пацієнтів без ожиріння, 64 пацієнти із ожирінням). В обох групах хворих на ДЕ встановлено високу частоту гіпертонічної хвороби (при ожирінні – 93,8%, без ожиріння – 80%), більший відсоток осіб, які зловживали кавою та палінням, порівняно з групою здорових осіб. Встановлена відсутність асоціації ожиріння із клінічними симптомами перебігу дисциркуляторної енцефалопатії. Особливостями ДЕ на фоні ожиріння порівняно з групою хворих на ДЕ без ожиріння визначено більш вагомі розлади ліпідного обміну (зростання холестерину, ЛПНЩ, тригліцеридів, індексу атерогенності, зниження ЛПВЩ), доплерографічні ознаки початкового стенозуючого процесу в басейнах правої хребцевої артерії та внутрішніх сонних артерій.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, ожиріння, гемодинаміка.

УДК 616.831-005-03:616-056.52

КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЕНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Паленка Е. Е., Литвиненко Н. В.

Резюме. Изучено состояние клинических, биохимических, гемодинамических показателей у 89 больных с ДЕ в зависимости от наличия ожирения и 11 здоровых лиц. Больные с ДЕ были разделены на 2 группы (25 пациентов без ожирения, 64 пациента с ожирением). В обеих группах больных с ДЕ выявлено высокую частоту гипертонической болезни (при ожирении – 93,8%, без ожирения – 80%). Среди них больший процент лиц, злоупотребляющих приемом кофе и курением, по сравнению с группой здоровых лиц. Установлено отсутствие ассоциации ожирения с клиническими симптомами течения дисциркуляторной энцефалопатии. Особенности ДЕ на фоне ожирения по сравнению с группой больных на ДЕ без ожирения выявлены более весомые расстройства липидного обмена (повышение холестерина, ЛПНП, триглицеридов, индекса атерогенности, снижение ЛПВП), доплерографические признаки начального стенозирующего процесса в бассейнах правой позвоночной артерии и внутренних сонных артерий.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, ожирение, гемодинамика.

UDC 616.831-005-03: 616-056.52

CLINICAL AND HEMODYNAMIC PECULIARITIES DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY OBESITY

Palenka E. E., Lytvynenko N. V.

Abstract. The state of clinical, biochemical, hemodynamic parameters in 89 patients with encephalopathy, depending on the presence of obesity and 11 healthy individuals. Depending on body mass index (BMI), patients were

divided into two groups: 25 patients with discirculatory encephalopathy second century. without obesity (group 1), 64 patients with encephalopathy discirculatory second century. and obesity (group 2). By obese patients were classified as patients who had a BMI higher than 30.0 kg/m². In both groups of patients with encephalopathy set high incidence of hypertension (obesity – 93.8%, without obesity – 80%). In patients with encephalopathy than patients in the control group significantly predominated zahalnomozkovi complaints (headache, noise in the head, dizziness, nausea, unconsciousness), asthenic manifestations (sweating, weakness, depression of mood), decreased memory and attention. At the same time draws attention to the high percentage of patients with complaints of irritability in the control group (63.6%) and the group of patients with ED (60% in the first group and 65.6% in the second group), which may be due to the negative impact of the psychogenic factors environment today. Installed lack of association of obesity with clinical symptoms and signs of progress discirculatory encephalopathy.

The analysis of risk factors of patients with encephalopathy significantly more often abused by smoking and coffee compared to the control group. On alcohol abuse does not have any patients from the first group, the second group 10.9% of patients admitted to the abuse. Time physical activity (the «moves») and hypokinesia (the «sitting») per day had no plausible differences in all groups of patients. Patients with encephalopathy against the background of obesity less likely engaged in morning exercises and had excessive eating not only compared with the control group, but a group of at encephalopathy without obesity.

In analyzing the performance lipidohramy found a significant increase in the concentration of total cholesterol, atherogenic index in both groups of patients with encephalopathy compared with those of control group with prevalence in patients with obesity. This increase in the concentration of triglycerides and low density lipoprotein, decreased HDL concentrations compared with the control group only in the second group of patients, indicating a significant change in lipid metabolism is the development discirculatory encephalopathy in patients with obesity.

Keywords: discirculatory encephalopathy, obesity, hemodynamics.

Рецензент – д. мед. н. Дельва М. Ю.

Стаття надійшла 05.10.2015 р.