

Оцінка факторів ризику та клінічна характеристика хворих похилого віку з гіпертензивною енцефалопатією на тлі артеріальної гіпертензії

Резюме

В статті викладені результати клініко-неврологічного обстеження 105 хворих похилого та середнього віку з гіпертензивною енцефалопатією II ступеню на тлі артеріальної гіпертензії. Доведена актуальність детального аналізу стану хворих для визначення факторів ризику виникнення основних цереброваскулярних захворювань та дослідження когнітивних функцій хворих.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, похилий вік, гіпертензивна енцефалопатія, фактори ризику.

■ Яворський В.В.

Завідуючий неврологічним відділенням № 2 Київської міської клінічної лікарні № 8

В

Україні, як і в світі, чітко простежується головна демографічна тенденція – швидке збільшення частки людей похилого віку в загальній структурі населення, що в нашій країні пов'язано в основному із зменшенням середньої тривалості життя і високою смертністю серед осіб молодого і середнього віку. В великих містах близько 20 % населення – похилі люди. Виходячи з цього, виникає необхідність у чіткому складанні схем лікування та реабілітаційних заходів таких хворих з цереброваскулярною патологією (ЦВЗ), що не є можливим без визначення основних факторів ризику (ФР). Проведений аналіз світових досліджень довів, що найважливішим корегованим ФР є артеріальна гіпертензія (АГ), від важкості та тривалості якої залежить перебіг ЦВЗ. Поряд з цим, до вагомих ФР відносяться гіперхолестеринемія, високий пульсовий артеріальний тиск (ПАТ), абдомінальне ожиріння, які займають окрему нішу у прогресуванні ЦВЗ [1,3].

Когнітивні розлади в рамках ЦВЗ можуть бути найбільш частим варіантом когнітивних порушень у літніх і мають виключно важливе медико-соціальне значення, особливо у зв'язку з поточним процесом старіння населення [2] і є ключовим проявом хронічних ЦВЗ, що визначають тяжкість стану хворих,

діагностичним критерієм і маркером для оцінки динаміки захворювання [4].

Мета дослідження

Оцінити фактори ризику та клініко-неврологічну характеристику хворих похилого віку на гіпертензивну енцефалопатію II ступеню на тлі артеріальної гіпертензії.

Об'єкт і методи дослідження

З метою вирішення поставлених завдань було обстежено 105 хворих (75 жінок, 30 чоловіків) із гіпертензивною енцефалопатією (ГЕ) на тлі артеріальної гіпертензії 2 ступеня. Дослідження проходило в період з 2009 року по 2015 рік і проводилося на базі неврологічного відділення № 2 Київської міської клінічної лікарні № 8. Пацієнти, включені в дослідження, відповідали клінічним критеріям гіпертензивної енцефалопатії. При проведенні обстеження серед етіологічних причин, що викликали гіпертензивну енцефалопатію, основне місце займала артеріальна гіпертензія (АГ). У зв'язку з цим були розроблені критерії включення і виключення з дослідження.

Верифікацію діагнозу, визначення ступеня АГ проведено разом з кардіологами згідно з критеріями, рекомендованими Європейським товариством гіпертензії/Європейським товариством кардіологів (ESH/ESC-2013) та Українським товариством кардіологів (2009). До дослідження не включали пацієнтів із вторинною АГ та АГ 3 ступеню, транзиторними ішемічними атаками, гострим порушенням мозкового кровообігу, цукровим діабетом, порушеннями серцевого ритму та провідності, серцевою недостатністю, інфарктом міокарду. Середній вік у групі складав: у чоловіків – 57,9±4,2 років і у жінок – 59,1±4,4 років, тривалість АГ – 14,3±7,1 років. Діагноз ХІМ встановлювався з урахуванням характеристики клініко-неврологічного синдрому відповідно до класифікації судинних захворювань головного мозку, рекомендованими МКХ-10 [6,7]. В залежності від перебігу АГ хворі були розподілені на дві групи:

- 1 група - 55 хворих на ГЕ II стадії похилого віку; середній вік жінок складав 64,1±3,4 роки, чоловіків 62,4±2,2 роки;

- 2 група - 50 хворих на ГЕ II стадії середнього віку; середній вік жінок складав $54,1 \pm 5,4$ роки, чоловіків $53,4 \pm 6,2$ роки.

У загальній групі обстежених хворих відзначена висока частота надлишкової маси тіла (ІМТ - $29,1 \pm 2,14$ кг/м²) й абдомінального ожиріння у 46 хворих (43,8 %), низький рівень фізичної активності у 89 (84,8 %) хворих. Характерні обтяжена спадковість у 95 (90,5 %) хворих і тютюнопаління (30,5 %) хворих.

До групи контролю увійшло 30 осіб: (14 чоловіків та 16 жінок) - середній вік становив $64,0 \pm 3,2$ року із з нормальним рівнем АТ. У пацієнтів цієї групи, крім відсутності захворювань, що були включені в критерії виключення з дослідження, були відсутні будь-які варіанти АГ.

Для діагностики, оцінки важкості захворювання, у всіх пацієнтів вивчався загально клінічний та неврологічний статус. Було проаналізовано психоневрологічний статус у всіх групах хворих. Зміни психоемоційної сфери та когнітивних функцій досліджували з використанням скринінгової шкали когнітивного статусу (Mini mental state examination (MMSE)). Для оцінки структурно-морфологічного стану головного мозку та виключення гострих порушень мозкового кровообігу використовували результати магнітно-резонансної та комп'ютерної томографії. Вивчали характер порушень ліпідного обміну. Така комплексна оцінка дозволила встановити фактори ризику розвитку ГЕ на тлі АГ та розподілити хворих за групами з подальшим визначенням критеріїв включення та виключення з дослідження.

Результати та їх обговорення

При первинному огляді у всіх пацієнтів були присутні скарги різної виразності. Серед частих скарг варто відзначити порушення сну - в 75 (71,4 %), зміни настрою - в 60 (57,1 %), зниження уваги - у 56 (53,3 %), і зниження пам'яті в 51 (48,6 %) хворих. Скарги на головний біль пред'являли 79 (75,2 %) хворих, на запаморочення - 60 (57,1 %) хворих, біль в області серця відзначали 68 (64,8 %) хворих, серцебиття - 51 (48,6 %) хворих. Дослідження неврологічного статусу проводилося за стандартною методикою з оцінкою функції черепно-мозкових нервів (зіничні реакції, обсяг і симетричність рухів очних яблук, ністагм, асиметрія носо-губних складок, девіація язика). Для виявлення порушень у руховій сфері проводилося дослідження сили й тону м'язів, висоти, симетричності сухожильних і періостальних рефлексів, виявлення патологічних знаків і симптомів орального автоматизму. Здійснювалося обстеження чутливої сфери, координаторних проб (стійкість у пробі Ромберга, точність виконання пальцево-носової й п'ятково-колінної проб).

За даними дослідженого неврологічного статусу у хворих обох груп нами були виділені у обстежених

хворих ознаки цефалгічного (75,2 %), вестибуло-мозочкового (66,7 %), пірамідного (36,1 %) синдромів. В 70 % випадків цефалгічний та вестибуло-мозочковий синдроми сполучались.

Згідно з критеріями, що викладені у Європейських рекомендаціях (2013) хворі обох груп були оцінені за типом перебігу АГ та стратифікації ризику серцево-судинних захворювань. Встановлено, що артеріальна гіпертензія є провідним фактором ГЕ в обстежуваних хворих. Всі пацієнти (105 осіб) страждали на АГ 2-го ступеню (систолічний АТ 160-180 мм рт. ст., діастолічний АТ 100-110 мм рт. ст.). Результати аналізу представлені в табл. 1.

Як видно з таб. 1 у хворих 1 групи достовірно ($p < 0,01$) переважали пацієнти з високою категорією ризику, а з середньою категорією ризику були представлені майже однаково. Хворі з дуже високим ризиком в обох групах були відсутні, так як були виключені з дослідження на підставі критеріїв відбору.

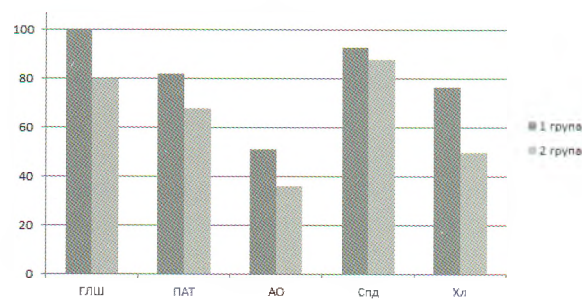
У хворих на АГ прогноз залежить не тільки від рівня АТ. Наявність супутніх факторів ризику, ураження органів-мішеней мають не менше значення, ніж ступінь підвищення АТ. Рівень факторів ризику оцінювався за наступними показниками: гіперхолестеринемія - рівень загального холестерину сироватки крові $> 5,0$ ммоль/л; наявність гіпертрофії лівого шлуночку (ГЛШ) за даними ЕКГ; паління більш 1 цигарки на добу; високій пульсовий тиск > 50 мм рт. ст.; глюкоза у плазмі крові натще 5,6 - 6,9 ммоль/л; абдомінальне ожиріння (окружність талії > 102 см у чоловіків та > 88 см у жінок); вік (у чоловіків > 55 років, у жінок > 65 років); серцево-судинні захворювання в сімейному анамнезі (до 55 років у чоловіків, до 65 років у жінок).

Рівень глюкози у плазмі крові натще та порушення толерантності до неї був виключений як фактор ризику враховуючи критерії відбору хворих у дослідження.

За обліком критеріїв, зазначених у модифікованій Європейським товариством кардіологів шкалі SCORE (2007) розподіл хворих у групах по ступеню АГ, наявності факторів ризику, наявності ураження органів-мішеней, представлений на рис. 1.

Рисунок 1

Розподіл хворих у групах по факторам ризику



Таблиця 1

Стратифікація ризику серцево-судинних захворювань у обстежених хворих

Групи хворих	Категорія ризику		
	низька (n/%)	середня (n/%)	висока (n/%)
1 група (n=55)	0/0	22/40	31/60
2 група (n=50)	9/18	21/34	20/40
p	<0,01	Н/д	<0,01

У обстежених хворих 1 групи відзначена висока частота надлишкової маси тіла (ІМТ – $32,12 \pm 3,21$ кг/м²) й абдомінального ожиріння у 28 (51 %) хворих, низький рівень фізичної активності у 46 (84 %). Характерною була гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ), що достовірно ($p < 0,05$) більшою виявлена у хворих 1 групи ніж у хворих 2 групи (100 % та 80 % відповідно). Високий ПАТ мали 45 хворих (82 %) 1 групи, що достовірно частіше ($p < 0,05$), ніж у хворих (68 %) 2 групи. Гіперхолістеринемія достовірно частіше ($p < 0,01$) зустрічалась у хворих 1 групи в 76,4 % та в 50 % у хворих 2 групи. Особливу небезпеку становить розповсюдженість тютюнопаління, яка досягає до 31 % серед хворих 1 групи та 30 % серед хворих 2 групи і займає одне з провідних місць серед факторів ризику.

Аналіз особливостей захворювання показав, що у хворих 1 групи був прогресуючий перебіг хвороби. Вивчення анамнезу захворювання дозволило виявити спадкоємну схильність до АГ з достовірною різницею у 92,7 % хворих 1 групи та у 88 % хворих 2 групи ($p < 0,05$).

При подальшому обстеженні та співставленні обстежуваних груп хворих реєструвалися (табл. 3.2) в різних сполученнях суб'єктивні прояви захворювання у вигляді головного болю у 50 (91 %) хворих 1 групи та у 29 (58 %) хворих 2 групи. Несистемне запаморочення відмічалось у 37 хворих (67,3 %) 1 групи та у 23 (46 %) хворих 2 групи. Запаморочення проважувалося фізичною напругою у 22 хворих (40 %) 1 групи та у 19 (38 %) хворих 2 групи; зміною положення у 15 (27,3 %) хворого 1 групи та у 9 (18 %) хворих 2 групи; супроводжувалося похитуванням при ходьбі та загальною слабкістю у всіх хворих (100 %) 1 групи та у 32 (64 %) хворих 2 групи; нудотою у 21 (38,2 %) 1 групи та у 13 (26 %) хворих 2 групи; вазомоторними розладами у 16 хворих (29,1 %) 1 групи та у 12 (24 %) хворих 2 групи; шумом у вухах у 17 хворих (31,0 %) 1 групи та у 11 (22 %) хворих 2 групи.

Хиткість при ході була наявна у 52 (94,5 %) хворих 1 групи та у 33 (66 %) хворих 2 групи; загальна слабкість у 55 (100 %) хворих 1 групи та у 41 (82 %) хворих 2 групи.

На порушення сну скаржились 37 (67,3 %) хворих 1 групи та 21 (42 %) хворих 2 групи; на оніміння кінцівок – 28 (51 %) хворих 1 групи та 16 (32 %) хворих 2 групи. Шум у голові відзначали 14 (25,5 %) хворих 1 групи та 16 (32 %) хворих 2 групи. На порушення зору скаржилися 26 (47,3 %) хворих 1 групи та 19 (38 %) хворих 2 групи.

Клінічні дослідження, проведені у хворих обох груп показали різноманітність суб'єктивної симптоматики. Цефалгічний синдром у картині захворювання був домінуючим у 50 (91 %) хворих. Головний біль виникав як первинний прояв підвищеного АТ у 44 (80 %) хворих, у 15 (20 %) з'являвся на тлі підвищеного АТ через декілька годин від його початку.

Скарги на біль у серці тривалого монотонного характеру, що локалізується в лівій половині грудної клітини, пред'являли 19 (34,5 %) хворих 1 групи та 10 (20 %) хворих 2 групи. Локалізували біль у лівій половині грудної клітини 14 (73,7 %) хворих, в області верхівки серця 5 (26,3%) хворих 1 групи. Біль за характером був тупий у 7 (36,8%) хворих, незначений у 2 (10,5 %) хворих, що стискає у 6 (31,5 %) хворих, з іррадіацією в ліву руку й плече у 4 (21,1 %) хворих. На відчуття серцебиття скаржилися 23 (53,5 %) хворих.

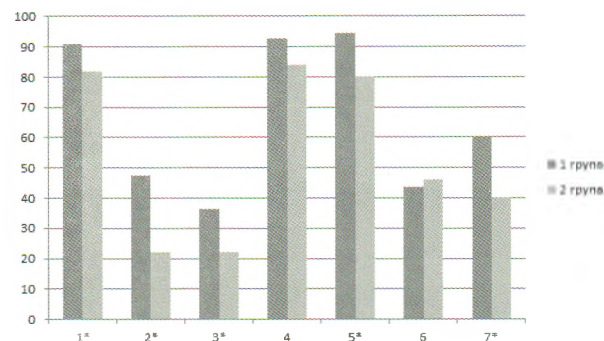
Результати проведеного дослідження показують, що неврологічні симптоми можна розділити на дві категорії. Симптоми першої категорії по частоті істотно не відрізнялися у хворих обох досліджуваних груп, симптоми іншого – переважали у хворих в групі хворих похилого віку.

Згідно з отриманими даними, ознаки захворювання, що однаково часто зустрічаються у хворих обох груп, включали зниження зіничних реакцій на світло і акомодацию, незначні обмеження рухливості очних яблук при крайніх відведеннях, зміни м'язового тону по пластичному типу. Інша група симптомів – згладженість однієї з носо-губних складок, порушення мови, підвищення м'язового тону по змішаному типу, поява пірамідного і псевдобульбарного симптомів, нестійкість в позі Ромберга, порушення ходи – була виражена у пацієнтів 1 групи, що представлено на рисунку 2.

Частота об'єктивних клінічних ознак у хворих на ГЕ II ст. на тлі АГ у хворих похилого та середнього віку представлена в табл. 2.

Рисунок 1

Розподіл хворих у групах по факторам ризику



Примітка: 1 – слабкість конвергенції; 2 – ністагм; 3 – асиметрія носо-губних складок; 4 – с-м Маринеску Родовічі; 5 – хиткість в позі Ромберга; 6 – невиконання ПНП; 7 – підвищені сухожилкові рефлексії. * – $p < 0,05$ при порівнянні між групами.

У хворих 1 групи поряд із синдромами, що характеризують ураження специфічних структур головного мозку, значну питому вагу займають ознаки дисфункції церебральних неспецифічних утворень.

Основні клінічні синдроми у хворих похилого та середнього віку представлені в табл. 3. У 31 хворого (56,4 %) визначалися ранні сенсорні порушення, найчастіше оніміння, парестезії, похолодання, печіння в різних частинах тіла. Психоемоційні порушення представлені астено-депресивним у 16 (30 %) хворих 1 групи та 14 (28 %) хворих 2 групи, астено-фобічним – у 12 (24 %) хворих 1 групи та 8 (16 %) хворих 2 групи.

У 52 (94,5 %) хворих характерним був вестибуло-атактичний синдром, синдром пірамідної недостатності був наявний у 33 (60 %) хворих. У 34 (62 %) хворих пірамідний, цефалгічний та вестибуло-атактичний синдроми сполучалися.

Таким чином, проведене клініко-неврологічне дослідження дозволило виявити у хворих похилого віку на ГЕ II ст. на тлі АГ виражену наявність як суб'єктивних, так і об'єктивних змін центральної нервової системи.

При оцінці стану когнітивної сфери у всіх хворих когнітивна збереженість відзначалась у 20 (19,0 %) хворих, преддементні когнітивні розлади спостері-

Таблиця 2

Частота виразності об'єктивних клінічних ознак у хворих похилого (1 група) та середнього віку (2 група) віку

Об'єктивні клінічні ознаки	Частота n/(%) 1 група n=55	Частота n/(%) 2 група n=50	p
Слабкість конвергенції	50/91	41/82	<0,05
Обмеження погляду	8/14,5	2/4	<0,05
Сгладженість носогубної складки	20/36,4	11/22	<0,05
Ністагм	26/47,3	11/22	<0,05
Девіація язика	6/11	2/4	<0,05
Патологічні стопні рефлексії	12/22	5/10	<0,05
Підвищення сухожильних рефлексів	33/60	20/40	<0,05
Симптом Маринеску-Родовічі	51/92,7	42/84	n\д
Зниження сили м'язів в кінцівках	28/51	18/36	<0,05
Невиконання пальцево-носової проби	24/43,6	23/46	n\д
Невиконання п'яtkово-колінної проби	12/22	8/16	<0,05
Нестійкість в позі Ромберга	52/94,5	40/80	<0,05
Порушення чутливості	31/56,4	29/58	n\д

Таблиця 3

Основні клінічні синдроми у хворих похилого віку

Клінічні синдроми	Частота синдрому (%)
Цефалгічний	91,0
Синдром псевдобульбарних розладів	92,7
Вестибуло-атактичний	94,5
Астено-депресивний	30
Астено-фобічний	24
Вегетативна дисфункція	85,4

гались у 65 (62 %) хворих, деменція легкого ступеню тяжкості виявлена у 20 (19 %) хворих. Дані нейропсихологічного дослідження свідчили про когнітивну збереженість 2 (3,6 %) хворих 1 групи і 14 (28 %) хворих 2 групи ($p < 0,05$). У цих пацієнтів відзначались легкі модально-неспецифічні мнестичні розлади. Преддементні когнітивні розлади достовірно частіше відзначалися в 1 групі у 38 (69 %) хворих та у 27 (54 %) хворих 2 групи ($p < 0,05$). Розлади інтелекту в даній категорії хворих мали дизрегуляторний характер, що було пов'язано з порушенням блоку програмування, регуляції і контролю діяльності. Динаміка виконання тесту свідчила про більшу виснаженість пацієнтів з преддементними когнітивними порушеннями у порівнянні з когнітивно збереженими пацієнтами.

Деменція легкого ступеню зустрічалась у 1 групі у 15 хворих (27,3 %), на відміну від 2 групи – у 6 хворих (12 %). Відмічалось подовження часу на виконання нейропсихологічного тесту, при збереженні здатності до компенсації когнітивного дефекту (збережене впізнавання, ефективність опосередкованих

процедур - «підказок» в тестах на логічну пам'ять і абстрактне мислення). Виявлені дефекти не призводять до обмеження побутової незалежності пацієнта, але ускладнює виконання складних видів повсякденної діяльності і знижує якість життя.

Пацієнти 1 групи мали достовірно менший бал по MMSE – $24,3 \pm 0,12$, на відміну від хворих 2 групи – $26,4 \pm 0,11$ ($p < 0,05$).

Відзначалися виражені розлади з порушенням активності, міцності і вибіркової пам'ятювання. У частини хворих відзначалися порушення динамічного та конструктивного праксису і зниження мовної активності.

Висновки

- У хворих 1 групи, що увійшли у дослідження достовірно частіше відзначались висока частота надлишкової маси тіла й абдомінального ожиріння у 51 % хворих, низький рівень фізичної активності у 84 %. Характерним є ураження органів-мішеней – гіпертрофія лівого шлуночка виявлена у всіх хворих похилого віку. Високий ПАТ з високою достовірністю в порівнянні з хворими середнього віку мали 45 хворих (82 %) 1 групи, що характеризує динамічну складову пресорної дії на органи-мішені, а також є індикатором ригідності великих артеріальних судин. Похилий вік є незалежним фактором ризику розвитку цереброваскулярних ускладнень у хворих з АГ. Гіперхолістеринемія достовірно частіше ($p < 0,01$) зустрічалась у хворих похилого віку.
- Клінічні дослідження, проведені у хворих обох груп показали різноманітність суб'єктивної симптоматики та даних неврологічного статусу, що при аналізі особливостей протікання GE доводить, що у хворих середнього віку менше виражений прогресуючий перебіг захворювання.
- Дані нейропсихологічного дослідження свідчили про когнітивну збереженість у 11 % хворих похилого віку з легкими модально-неспецифічними мнестичними розладами. При оцінці, за шкалою MMSE, хворі похилого віку мали достовірно менший бал по MMSE – $24,3 \pm 0,12$, що визначає тяжкість стану пацієнтів з GE на тлі АГ. Предде-

ментні когнітивні розлади достовірно частіше відзначались у більшості хворих похилого віку (69 %), як і ознаки легкої деменції (27 %), що свідчить про прогресування когнітивного дефіциту у хворих похилого віку та подальше неврологічне зниження з порушенням адаптаційних функцій.

Література

- [1] М.Н. Дадашева. Алгоритм терапии дисциркуляторной энцефалопатии у больных с артериальной гипертензией в общей врачебной практике / Дадашева М.Н. // Здоров'я України. – Інтернет ресурс: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2011_02/3-4.pdf
- [2] Н.Н. Яхно. Актуальные вопросы нейрогерiatrics. Достижения в нейрогерiatrics. / Яхно Н.Н. // Москва. – 1995. – С. 9-27.
- [3] О.С. Левин, Н.А. Юнищенко. Диагностика и лечение когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии/ О.С. Левин, Н.А. Юнищенко // CONSILIUM MEDICUM. – ТОМ 9, – № 8, – С. 48-53.
- [4] Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Є. П. Свіщенко, А. Е. Багрій, Л. М. Єна [та ін.] // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 422. – С. 24-31.
- [5] Сіренко Ю. М. Артеріальна гіпертензія та супутня патологія // Ю. М. Сіренко. – Донецьк, 2010. – 383 с.
- [6] Мурашко Н. К. Дисциркуляторна енцефалопатія та деменція: алгоритм діагностики та лікування / Н. К. Мурашко // Український медичний часопис. – 2006. – № 5 (55) IX-X. – С. 33-37.
- [7] Манвелов Л. С. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, патоморфология, клиника / Л. С. Манвелов, А. С. Кадыков // Лечащий Врач. – 2000. – № 7. – С. 47.
- [8] Сіренко Ю. М. Профілактика уражень мозку при артеріальній гіпертензії (Методичні рекомендації) / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, В. М. Граніч [та ін.] // Артеріальна гіпертензія. – 2010. – № 2. – С. 56-72.

Оценка факторов риска и клиническая характеристика больных пожилого возраста с гипертензивной энцефалопатией на фоне артериальной гипертензии

■ **Яворский В.В.**

Заведующий неврологическим отделением № 2 Киевской городской клинической больницы № 8

Резюме

В статье изложены результаты клинико-неврологического обследования 105 больных пожилого и среднего возраста с гипертензивной энцефалопатией II степени на фоне артериальной гипертензии. Доказана актуальность детального анализа состояния больных для определения факторов риска возникновения основных цереброваскулярных заболеваний и исследования когнитивных функций больных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, пожилой возраст, гипертензивная энцефалопатия, факторы риска.

Assessment of risk factors and clinical characteristics of elderly patients with hypertensive encephalopathy against the background of hypertension

■ **V.V. Jaworski**

Head of the neurological department № 2 Kyiv City Clinical Hospital № 8

Summary

The article presents the results of clinical and neurological examination of 105 elderly and middle-aged hypertensive encephalopathy of II degree on a background of hypertension. The urgency of a detailed analysis of the patients to determine risk factors for cerebrovascular disease and basic research cognitive functions of patients.

Keywords: hypertension, advanced age, hypertensive encephalopathy, risk factors.