

DOI:10.33617/2522-9680-2020-3-12
 УДК: 616.831-005.1-036.12-02

КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ З ПОЧАТКОВИМИ ПРОЯВАМИ ХРОНІЧНОЇ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

- Л. В. Андріюк, д. мед. н., проф., зав. каф. реабіліт. та нетрад. мед.
 А. В. Єрмолаєва, к. мед. н., доц. каф. реабіліт. та нетрад. мед.
- Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького

Сучасні захворювання нервової системи є однією з причин стійкої втрати працездатності та смертності у світі, поступаючи лише онкопатології та травмам. За прогнозами ВООЗ до 2030 року смертність від судинних хвороб досягне 23,3 млн. осіб. Левову частку в структурі судинних хвороб посідають цереброваскулярні захворювання, зумовлені в основному повільно прогресуючими формами хронічної ішемії мозку [1, 2, 7]. Гіподинамія, психоемоційне напруження, ожиріння, шкідливі звички, чинники, що сприяють прогресуванню даної патології. Складність і багатокомпонентність патогенезу **цереброваскулярної хвороби (ЦВХ)** спричиняє застосування великої кількості засобів, які діють на різні його ланки, призводячи до поліпрагмазії, нерідко суп-

роводжуючись ускладненнями [5, 6, 7]. За даними багатьох вчених, істотні проблеми, що стосуються розробки ефективних засобів попередження, виникнення та уповільнення темпів прогресування ЦВХ залишаються актуальними та вимагають свого вирішення [3, 4, 6].

Мета роботи. На підставі аналізу, анкетування хворих з ЦВХ визначити основні закономірності виникнення атеросклеротичної ішемії мозку та формування порушення неврологічного і вегетативного гомеостазу для розробки комплексної програми фізичної і медичної реабілітації таких пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано і обстежено 100 пацієнтів з

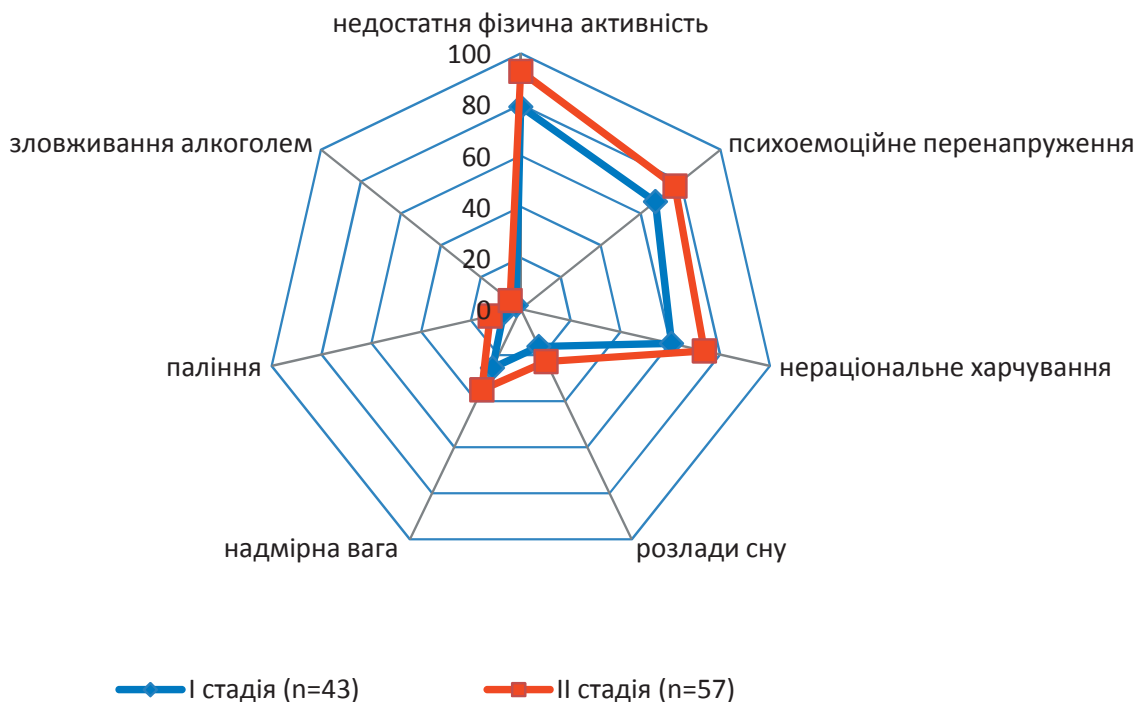


Рис. 1. Особливості способу життя пацієнтів з I та II стадією ЦВХ

цереброваскулярною хворобою, які не дотримувалися здорового способу життя.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними анкетування було з'ясовано, що всі обстежені пацієнти не дотримувалися здорового способу життя. Так, переважна більшість пацієнтів мала недостатню фізичну активність, психоемоційні перенапруження та нераціональне харчування, а також деякі з них мали шкідливі звички (паління та зловживання алкоголем) (рис. 1).

Порівняння особливостей способу життя у пацієнтів з I та II стадією захворювання дає підставу припустити, що недотримання здорового способу життя негативно впливає на клінічний перебіг захворювання, тому що всі негативні фактори та шкідливі звички в більшому відсотку випадків спостерігались при II стадії захворювання. Так, при I стадії захворювання недостатня фізична активність спостерігалась у 79,1% пацієнтів, при II – 93,0%, психоемоційне перенапруження – відповідно у 67,4% та 77,2%, нераціональне харчування – у 60,5% та 73,7%, розлади сну – у 16,3% та 22,8%, надмірна вага та шкідливі звички були виявлені також у більшій кількості пацієнтів з II стадією захворювання.

Характерними для пацієнтів з ЦВХ були такі суб'єктивні прояви: головний біль, запаморочення, загальна слабкість, відчуття тяжкості у голові, підвищена стомлюваність, зниження пам'яті та уваги, порушення сну та порушення ходи, які поступово призводили до дезадаптації (табл. 1).

Отже, порівняння скарг між основними та контрольними групами на початкових стадіях атеросклеротичної хронічної ішемії мозку показує, що основні скарги були однакові, але при субкомпенсованій стадії вони зустрічалися частіше та були більш вираженими, особливо це стосується рухових розладів та когнітивних порушень.

За результатами аналізу історій хвороби було з'ясовано, що обстежені пацієнти з гемодинамічними порушеннями головного мозку мали наступні основні та супутні захворювання, які є домінуючими у розвитку хвороби: атеросклероз судин головного мозку (АСГМ) – 100%, артеріальна гіпертензія – 77,0%, ішемічна хвороба серця – 77,0%, остеохондроз шийного відділу хребта – 72,0%, соматоморфна вегетативна дисфункція (СВД) – 23,0%, надмірна вага – 23,0% та хронічна серцева недостатність – 13,0%. Отримані дані стосовно наявності основних та супутніх захворювань, які відображені у (табл. 2).

Таблиця 1

Порівняльна характеристика скарг обстежених пацієнтів на початкових стадіях ЦВХ в основних (ОГ) та контрольних групах (КГ) (P±m,%)

Скарги	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	t ₁ p ₁	t ₂ p ₂
Головний біль	81,8±8,4	80,9±8,8	94,4±3,9	95,2±4,8	0,17 >0,05	0,32 >0,05
Запаморочення	72,7±9,7	71,4±10,1	91,7±4,7	90,5±6,5	0,14 >0,05	0,63 >0,05
Загальна слабкість	63,6±10,5	61,9±10,8	72,2±7,6	76,2±9,5	0,27 >0,05	0,68 >0,05
Відчуття тяжкості у голові	59,1±10,7	57,1±11,1	66,7±8,0	66,7±10,5	0,26 >0,05	0,74 >0,05
Підвищена стомлюваність	68,2±10,2	66,7±10,5	80,6±6,7	80,9±8,8	0,14 >0,05	0,18 >0,05
Зниження пам'яті та уваги	63,6±10,5	66,7±10,5	83,3±6,3	85,7±7,8	0,43 >0,05	0,61 >0,05
Порушення сну	59,1±10,7	61,9±10,8	69,4±7,8	71,4±10,1	0,39 >0,05	0,48 >0,05
Порушення ходи	36,4±10,5	33,3±10,5	58,3±8,3	61,9±10,8	0,43 >0,05	0,60 >0,05

Примітки:

1. Якщо t-роз. < t-критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості p < 0,05;
2. p₁ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ;
3. p₂ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з II стадією ЦВХ

Основні та супутні захворювання у пацієнтів на початкових стадіях ЦВХ (P±m,%)

Основні та супутні захворювання	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	t ₁ P ₁	t ₂ P ₂
АСГМ	100±0,0	100±0,0	100±0,0	100±0,0	0 >0,05	0 >0,05
Артеріальна гіпертензія	72,7±9,7	71,4±10,1	80,6±6,7	80,9±8,8	0,14 >0,05	0,18 >0,05
Остеохондроз шийного відділу хребта	68,2±10,2	66,7±10,5	75,0±7,3	76,2±9,5	0,14 >0,05	0,17 >0,05
Надмірна вага	18,2±8,4	19,0±8,8	27,8±7,6	23,8±9,5	0,16 >0,05	0,63 >0,05
Ішемічна хвороба серця	72,7±9,7	71,4±10,1	80,6±6,7	80,9±8,8	0,14 >0,05	0,18 >0,05
Хронічна серцева недостатність	9,1±6,3	9,5±6,6	16,7±6,3	14,3±7,8	0,22 >0,05	0,61 >0,05
СВД	27,3±9,7	28,6±10,1	19,4±6,7	19,0±8,8	0,14 >0,05	0,07 >0,05

Примітки:

1. Якщо t-роз. < t-критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості p < 0,05;

2. p₁ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ;

3. p₂ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з II стадією ЦВХ.

Крім атеросклерозу судин головного мозку (який, виходячи з генезу основного захворювання, спостерігався в усіх обстежених пацієнтів), на початкових стадіях серед супутніх хвороб передували артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба

серця та остеохондроз шийного відділу хребта.

Основна характеристика неврологічного статусу пацієнтів, що знаходилися під спостереженням, надана у табл. 3.

При аналізі об'єктивних даних неврологічного

Таблиця 3

Особливості неврологічного статусу у пацієнтів на початкових стадіях ЦВХ в основних та контрольних групах (P±m,%)

Клінічні прояви	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	t ₁ P ₁	t ₂ P ₂
Горизонтальний ністагм	36,4±10,5	38,1±10,8	47,2±8,4	47,6±11,2	0,27 >0,05	0,15 >0,05
Зниження пам'яті на поточні події	63,6±10,5	66,7±10,5	88,9±5,3	85,7±7,8	0,43 >0,05	0,65 >0,05
Порушення мови	4,5±4,5	4,8±4,8	8,3±4,7	9,5±6,5	0,09 >0,05	0,48 >0,05
Хиткість у позі Ромберга	72,7±9,7	76,2±9,5	91,7±4,7	95,2±4,8	0,43 >0,05	0,86 >0,05
Дизметрія при пальце-носовій пробі (ПНП)	59,1±10,7	61,9±10,8	66,7±8,0	71,4±10,1	0,39 >0,05	0,79 >0,05
Інтенційний тремор	31,8±10,2	28,6±10,1	50,0±8,4	52,4±11,2	0,58 >0,05	0,32 >0,05
Легка асиметрія лицьової мускулатури	45,4±10,9	42,8±11,1	58,3±8,3	61,9±10,8	0,26 >0,05	0,63 >0,05

Примітки:

1. Якщо t-роз. < t-критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості p < 0,05;

2. p₁ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ;

3. p₂ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з II стадією ЦВХ.

Таблиця 4

Оцінка порушення вегетативних функцій у обстежених хворих за опитувальником А. М. Вейна ($P \pm m, \%$)

Характеристика вегетативних порушень	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	t_1 P_1	t_2 P_2
Відсутні вегетативні порушення (1-14 балів)	18,2±8,4	19,0±8,8	-	-	0,16 >0,05	-
Наявність вегетативних порушень (15 і більше балів)	81,8±8,4	80,9±8,8	100±0,0	100±0,0	0,17 >0,05	0 >0,05

Примітки:

1. Якщо t -роз. < t -критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості $p < 0,05$;
2. p_1 – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ;
3. p_2 – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з II стадією ЦВХ.

статусу було встановлено, що при компенсованій стадії з клінічних симптомів переважали хиткість у позі Ромберга (74,4%) та зниження пам'яті на поточні події (65,1%). При субкомпенсованій стадії переважали ті ж самі патологічні симптоми, але вони виявлялись значно частіше (відповідно 92,9%, 87,7%) та були більш виражені.

Порушення функцій вегетативної нервової системи зазначали за допомогою опитувальника А. М. Вейна, (табл. 4).

Результати таблиці показують, що у переважній більшості пацієнтів I стадії (35 пацієнтів – 81,4%) були виявлені вегетативні порушення, при II стадії захворювання дані порушення спостерігалися в усіх без винятку.

Слід зазначити, що в залежності від клінічних проявів I та II стадій цереброваскулярної хвороби характеризується наступними синдромами представленими у табл. 5.

При компенсованій стадії проявлявся переважно астеничний синдром – 81,4%, який призводив до

загальної слабкості, підвищеної стомлюваності, зниження працездатності, емоційної лабільності та порушення концентрації уваги. Наступним за частотою виявлення був цефалгічний синдром – 72,1%, який характеризувався частими проявами головного болю стискаючого характеру за типом ішемічно-гіпоксичного (відчуття важкості у голові та неможливість сконцентруватися). Вестибуло-атактичний синдром було визначено у 58,1% хворих, які скаржилися на запаморочення та хиткість при ходьбі.

При субкомпенсованій стадії ще більше, ніж при компенсованій, домінував астеничний синдром – 91,2%. Вестибуло-атактичний та цефалгічний синдроми теж зустрічалися значно частіше і були більш вираженими, що свідчило про прогресування захворювання та погіршення загального стану організму.

Для дослідження вираженості атеросклеротичних процесів при цереброваскулярній хворобі використовували оцінку показників ліпідного

Таблиця 5

Неврологічні синдроми у пацієнтів з ЦВХ в основних та контрольних групах на початкових стадіях ($P \pm m, \%$)

Синдроми	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	t_1 P_1	t_2 P_2
Астеничний	81,8±8,4	80,9±8,8	91,7±4,7	90,5±6,5	0,22 >0,05	0,48 >0,05
Цефалгічний	72,7±9,7	71,4±10,1	83,3±6,3	85,7±7,8	0,14 >0,05	0,61 >0,05
Вестибуло-атактичний	59,1±10,7	57,1±11,1	88,9±5,3	90,5±6,5	0,26 >0,05	0,24 >0,05

Примітки:

1. Якщо t -роз. < t -критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості $p < 0,05$;
2. p_1 – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ;
3. p_2 – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з II стадією ЦВХ.

профілю (холестеролу та β -ліпопротеїдів), які дозволяють проаналізувати параметри ліпідного обміну у сироватці крові.

Отже, вміст холестеролу в крові у хворих з I стадією був підвищений, середнє значення – $5,89 \pm 0,84$ ммоль/л; серед пацієнтів II стадії даний показник був майже на тому ж рівні ($6,06 \pm 1,09$ ммоль/л), і ми вважаємо, що це пов'язане з курсовим вживанням гіпохолестеринемічної терапії.

Показники β -ліпопротеїдів у крові при компенсованій та субкомпенсованій стадіях були підвищені (відповідно $45,0 \pm 8,9$ та $52,7 \pm 10,7$ од.), однак при II стадії підвищення було більш вираженим, що свідчить про збільшення ризику утворення на судинній стінці атеросклеротичних «бляшок».

Литература

1. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях – М., 2013. – 160 с.
2. Евстигнеев В.В., Юревич Е.А. Критерии диагностики хронической ишемии мозга / Мед. панорама. – 2008. – № 7. – С. 42-44.
3. Епифанов В.А. Мед. реабилитация – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 304 с.
4. Єрмолаєва А.В. Рекомендовані засоби фізичної реабілітації при атеросклеротичній хронічній ішемії мозку / Тиждень науки – 2014: зб. тез доповідей наук.-практ. конф. ЗНТУ, 14-18 квітня 2014 р. – В 5 томах. Том 4. – 2014. – С. 240-241.
5. Коноплева Л.Ф. Хроническая ишемия мозга: современные возможности лечения /Theoria (Український медичний вісник). – 2012 – № 7/8. – С. 67-70.

Висновки

За результатами обстеження, основними чинниками розвитку цереброваскулярної хвороби у пацієнтів середнього віку є недотримання здорового способу життя. Аналіз об'єктивних даних свідчить, що передують, як при компенсованій так і при субкомпенсованій стадіях, відповідно, когнітивні та координаторні порушення. Оцінка порушення мислення реєструвалася більшою мірою при субкомпенсованій стадії. Низькі показники якості життя в обстежених хворих надають змогу враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта при розробці комплексної програми фізичної і медичної реабілітації.

6. Парфенов В.А., Антоненко Л.М. Лечение и реабилитация основных заболеваний, проявляющихся вестибулярным головокружением / Неврол., нейропсихиатр., психосом. – 2015. – № 7 (2). – С. 56-60.

7. Федин А. И. Диагностика и лечение хронической ишемии мозга Consil. Med. – 2016. – № 2. – С. 8-12.

Надійшла до редакції 16 листопада 2020 р.

Прийнято до друку 30 листопада 2020 р.

УДК: 616.831–005.1–036.12–02

DOI:10.33617/2522-9680-2020-3-12

Л. В. Андриюк, А. В. Єрмолаєва

КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ З ПОЧАТКОВИМИ ПРОЯВАМИ ХРОНІЧНОЇ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Ключові слова: цереброваскулярна хвороба, клініко-неврологічні характеристики, якість життя.

Наведено результати обстеження 100 хворих з цереброваскулярною хворобою (ЦВХ). Аналіз об'єктивних даних свідчить, що компенсованій і субкомпенсованій стадіям ЦВХ передують когнітивні та координаторні порушення, а також розлади мислення. Дані показники надають змогу враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта при розробці комплексної програми фізичної і медичної реабілітації.

Л. В. Андриюк, А. В. Єрмолаєва

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ключевые слова: цереброваскулярная болезнь, клинико-неврологические характеристики, качество жизни.

Приведены результаты обследования 100 больных с цереброваскулярной болезнью. Анализ объективных данных свидетельствует, что компенсированной и субкомпенсированной стадиям цереброваскулярной болезни предшествуют когнитивные и координативного нарушения, а также расстройства мышления. Данные показатели дают возможность учитывать индивидуальные особенности каждого пациента при разработке комплексной программы физической и медицинской реабилитации.

L. V. Andriiuk, A. V. Yermolayeva

CLINICAL AND NEUROLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH INITIAL MANIFESTATIONS OF CHRONIC CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY OF DIFFERENT

Keywords: cerebrovascular disease, clinico-neurological characteristics, quality of life.

The results of examination of 100 patients with cerebrovascular disease are represented. Analysis of objective data indicating, that cognitive, coordinative, and thinking impairments are leading in the compensated and subcompensated stages of cerebrovascular disease. These

indicators make possible to take into consideration the individual characteristics of each patient for developing a comprehensive program of physical and medical rehabilitation.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок авторів: АЛВ (Л. В. Андріюк) – ідея, дизайн дослідження, корекція статті, аналіз літератури, висновки; ЄАВ (А. В. Єрмолаєва) – набір клінічного матеріалу, участь в написанні статті, аналіз літератури, анотації.

Електронна адреса для спілкування з авторами: andriyuk.lukyana@gmail.com (Андріюк Л.В.).



DOI:10.33617/2522-9680-2020-3-17
УДК614.777:543.3 (477)

СУЧАСНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

- ¹ В. М. Байбаков, д. мед. н., проф. каф. хірур. ДМІ ТНМ
- ² Л. В. Григоренко, д. мед. н., доц. каф. гігієни, екології та охорони праці
- ¹ Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини (ДМІ ТНМ), м. Дніпро
- ² ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Вступ

Палітра хвороб у дорослого населення значно ширша, ніж у дітей, особливо хронічних хвороб, і у цій групі населення краще простежуються наслідки віддаленої дії факторів ризику [1, 2]. Діти, в основному, хворіють на гострі хвороби, але ще не зазнають дії багатьох негативних факторів соціальної та професійної природи [9, 10]. Окрім того, серед дітей ще не досить широко розповсюджені згубні звички у порівнянні з дорослими [11]. У дітей краще виявляються наслідки дії факторів навколишнього середовища, зокрема, забруднення різними чинниками, у тому числі й об'єктів водопостачання [3].

Гіпотеза. Провести порівняльний аналіз захворюваності серед дитячого населення до 14 років за основними маркерними нозологіями у різних кліматичних умовах Дніпропетровської області. З цією метою ми розділили територію області на 2 частини: північну і південну та усі прилеглі до неї сільські райони були розподілені на кластери (по 11 районів у кожній частині). Згідно нашої гіпотези, північна частина Дніпропетровської області забезпечена на 40-60 % централізованими

системами водопостачання, тому населення на півночі більше споживає хлоровану водопровідну питну воду, тоді як на півдні нашого регіону більш розповсюджені централізовані системи з підземними джерелами водопостачання та децентралізовані системи (колодязі і свердловини). Саме у цій групі кластерів сільських районів відзначається високий вміст сольового та мінерального складу питної води (загальної жорсткості, сухого залишку, хлоридів, сульфатів) і окремих мікро- та макроелементів (Ca, Mg, Cu, Zn, F, Fe).

Мета дослідження: провести порівняльну оцінку показників захворюваності дитячого населення у північній і південній частинах Дніпропетровської області.

Матеріал і методи дослідження

Об'єктом дослідження було дитяче населення Дніпропетровської області. Оцінка рівня популяційного здоров'я проведена за показниками розповсюдженості захворювань (220 звітів) та захворюваності серед дитячого населення (220 звітів) у сільських районах Дніпропетровської області. Аналіз цих показників проведено методом рет-