

Е.Б.Волошина, О.Р.Дукова, Е.В.Найденова, С.М.Олейник[©]
**ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ С
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**
Одесский государственный медицинский университет

РЕФЕРАТ. Доказано, что метаболический синдром повышает риск церебральных осложнений, в том числе прогрессирующих нарушений мозгового кровообращения, и, в первую очередь, дисциркуляторной энцефалопатии. В результате проведенного исследования установлено, что метаболический синдром у женщин перименопаузального периода сопровождается развитием дисциркуляторной энцефалопатией, в клинической картине которой преобладают когнитивные нарушения. Степень выраженности неврологического дефицита коррелирует с тяжестью метаболического синдрома.

Ключевые слова: метаболический синдром, дисциркуляторная энцефалопатия, перименопаузальный период.

РЕФЕРАТ. О.Б.Волошина, О.Р.Дукова, О.В.Найденова, С.М.Олейник
Дисциркуляторна енцефалопатія у хворих з метаболічним синдромом. Встановлено, що метаболічна енцефалопатія підвищує ризик церебральних загострень і, перш за все, дисциркуляторної енцефалопатії. Метаболічний синдром у жінок у перименопаузальний період супроводжується розвитком дисциркуляторної енцефалопатії, в клінічній картині якого переважають когнітивні порушення. Ступінь вираженості неврологічного дефіциту корелює з важкістю метаболічного синдрому.

Ключові слова: метаболічний синдром, дисциркуляторна енцефалопатія, перименопаузальний період.

SUMMARY. Ye.B.Voloshina, O.R.Dukova, Ye.V.Naidenova, S.M.Oleynick. **Discirculative Encephalopathy in Metabolic Syndrome Patients.** The aim of the investigation presented is to determine the existence and severity of discirculative encephalopathy of perimenopausal women due to the risk of the development of cerebral (vascular) complications because of metabolic syndrome. As the result of the examination done it has been determined that metabolic syndrome at perimenopausal period is followed by progressive insufficiency of cerebral circulation with prevailing cognitive disturbance and the level of discirculative encephalopathy severity depends on severity of metabolic syndrome.

Key words: metabolic syndrome, discirculative encephalopathy, perimenopausal period.

Актуальность. Вопрос ранней диагностики и лечения метаболического синдрома и его осложнений находится в центре внимания ученых всего мира, в связи с возросшей распространенностью данной патологии. По данным литературы, распространение метаболического синдрома в мире колеблется от 5 до 20%, в США – 24% взрослого населения, в

[©] Е.Б.Волошина, О.Р.Дукова, Е.В.Найденова, С.М.Олейник

Китае – 10% [2]. По результатам эпидемиологического исследования на Украине среди 6447 мужчин, отобранных методом случайной выборки, метаболический синдром был диагностирован в 26,2% случаев [1]. По данным российских ученых 20,6% лиц в возрасте 30-69 лет страдают метаболическим синдромом, причем у женщин он встречается в 2,4 раза чаще [2]. К независимым факторам риска развития метаболического синдрома у них относят возраст и постменопаузальный период. По данным ВОЗ распространенность метаболического синдрома у женщин в возрасте 45-55 лет составляет 35% [3].

Метаболический синдром – комплекс метаболических и гемодинамических нарушений, основными клиническими проявлениями которого является резистентность к инсулину с гиперинсулинемией, и снижением толерантности к углеводам или инсулиннезависимым сахарным диабетом, дислипидемия, с гипертриглицеридемией и снижением холестерина липопротеидов высокой плотности, нарушение гемостаза (склонность к тромбообразованию), артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение. Развитие отдельных признаков синдрома может происходить в разной последовательности.

Классическим или полным вариантом метаболического синдрома считают следующее соединение: инсулинорезистентность с проявлением нарушения толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа, абдоминальное ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия.

К неполным вариантам метаболического синдрома относят случаи, которые включают 2 или 3 из вышеуказанных компонентов. Обязательным звеном является инсулинорезистентность, которая и обуславливает недостаточный биологический ответ всех клеток организма на действие инсулина.

Согласно рекомендациям международной ассоциации диабета (2005) для диагностики метаболического синдрома используют такие показатели [9]:

1. объем талии у мужчин европейцев > 94 см, женщин > 80 см. (этот критерий считается главным, в сочетании с 2 и более критериями);
2. уровень глюкозы крови натощак > 5,6 ммоль/л;
3. триглицериды > 1,7 ммоль/л;
4. липопротеиды высокой плотности у мужчин < 1 ммоль/л, у женщин < 1,3 ммоль/л;
5. артериальное давление > 130/85 мм. рт.ст.

Одной из основных причин, вызывающих и поддерживающих нарушения углеводного обмена в параменопаузальном периоде является прибавка в весе, встречаемая более чем у половины женщин старшей возрастной группы [5]. Ожирение на фоне угасающей функции яичников развивается по мужскому типу, с отложением жира в области талии – абдоминальное ожирение. Увеличение массы тела в параменопаузальном периоде приводит к формированию метаболического синдрома, основными проявлениями которого чаще всего бывают абдоминальное ожирение, дислипидемия, нарушение углеводного обмена.

Доказано, что метаболический синдром повышает риск церебральных осложнений в 4-6 раза [1,2,4], в том числе развитие прогрессирующих нарушений мозгового кровообращения, и, в первую очередь, дисциркуляторной энцефалопатии.

Согласно классификации основных клинических форм нарушений мозгового кровообращения дисциркуляторная энцефалопатия это медленно прогрессирующая недостаточность кровоснабжения головного мозга, приводящая к развитию множественных мелкоочаговых некрозов мозговой ткани, проявляющаяся постепенно нарастающими дефектами функций мозга,

клиническими, неврологическими, нейропсихологическими и/или психическими нарушениями [7].

По нашему мнению, следует учитывать несколько механизмов развития дисциркуляторной энцефалопатии у больных с метаболическим синдромом. Во-первых, развитию дисциркуляторной энцефалопатии способствуют метаболические нарушения, на фоне хронической гипергликемии. Во-вторых, развитие дисциркуляторной энцефалопатии обусловлено нарушениями гемодинамики, связанными не только с развитием микро- и макроангиопатий вследствие повышения уровня глюкозы в крови, но и с имеющимися место при метаболическом синдроме артериальной гипертензией и дислипидемией. Гипокинезия, избыточная масса тела предрасполагают, как правило, к медленно прогрессирующему течению заболевания.

Цель работы – оценить клинические проявления дисциркуляторной энцефалопатии и степень их выраженности у женщин перименопаузального периода с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 37 женщин в возрасте 45 – 57 лет, находящихся в перименопаузальном периоде с диагностированным метаболическим синдромом. С учетом степени тяжести нарушения углеводного обмена все пациентки были подразделены на 2 группы: I группа - с нарушением толерантности к глюкозе – 21 пациентка; II группа – с сахарным диабетом 2 типа - 16 пациенток. Кроме того, у всех пациенток имели место артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение I -II степени и дислипидемия.

В ходе наблюдения всем пациенткам проводилось тщательное клиническое обследование, включающее подробный неврологический осмотр; биохимическое исследование крови (липидограмма, коагулограмма, печеночные и почечные пробы), определение уровня глюкозы в крови натощак, а также тест толерантности к глюкозе. С целью оценки мозговой гемодинамики, всем пациенткам была проведена транскраниальная доплеросонография. Кроме того, с целью объективизации когнитивных нарушений использовали нейропсихологические методы исследования: тест рисования часов, таблицы Шульте, мини исследование психического статуса (Mini-Mental State Examination, M.Folstein et al, 1975). Когнитивные нарушения также оценивались с помощью критериев R. Petersen (1999): снижение памяти (как со слов пациента так и по мнению окружающих); отсутствие ограничений в повседневной жизни; сохранность высших корковых функций в целом; снижение когнитивной функции по сравнению с возрастной нормой (по данным психологического тестирования); отсутствие деменции [10].

В результате проведенных исследований в I группе у 16 (76%) женщин была диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия I стадии, у 5 (24%) - II стадии. Во II группе у 16 (100%) женщин была диагностирована ДЭ II стадии.

Астеноипохондрический синдром имел место у 8 пациенток (38%) I группы и 12 пациенток (75%) II группы, проявлялся чрезмерной озабоченностью своим здоровьем, повышенной фиксацией на своих жалобах, а также практически постоянными болезненными ощущениями в области внутренних органов, чаще всего в области сердца и эпигастральной области.

Обсессивно-фобический синдром наблюдался у 4 обследованных (19%) I группы и 7 (44%) - II группы и характеризовался возникновением навязчивых мыслей и страхов, в основном, онкофобиями, опасениями возможных инфарктов или инсультов.

Кроме того, у 10 (48%) пациенток I группы и 14 (8%) пациенток II группы были признаки астено-депрессивного синдрома, проявлявшегося повышенной утомляемостью, снижением влечений, неудовлетворенностью

жизнью, некоторой утратой интересов. Степень тяжести астено-депрессивного синдрома была более выражена у пациенток 2 группы.

Как и при энцефалопатиях другого генеза, клинические проявления дисциркуляторной энцефалопатии были неспецифичны. Обращало на себя внимание превалирование когнитивных расстройств различной степени выраженности в зависимости от стадии дисциркуляторной энцефалопатии.

Особенностью когнитивного дефицита у большинства больных являлось преобладание нейродинамических и регуляторных когнитивных нарушений, связанных с дисфункцией соответственно I и III структурно-функциональных блоков по А.Р. Лурия, над нарушениями, связанными с дисфункцией II блока [6]. Это проявлялось замедленностью психической деятельности, ослаблением внимания, снижением речевой активности. В первой стадии дисциркуляторной энцефалопатии имели место легкие когнитивные расстройства, которые проявлялись снижением работоспособности, быстрой истощаемостью, нарушением внимания. Эти нарушения были легкими, не затрудняли выполнения тестов, в которых не вводилось ограничение времени, не ограничивали жизнедеятельности пациентов, хотя и ухудшали качество жизни.

При второй стадии дисциркуляторной энцефалопатии определялись умеренные когнитивные расстройства. У этих пациенток нарушалось выполнение даже тех нейропсихологических тестов, в которых не вводилось ограничение времени, но сохранным было узнавание, эффективны были "подсказки" в тестах на логическую память и абстрактное мышление. Умеренные когнитивные расстройства также не приводили к ограничению бытовой независимости пациенток, однако затрудняли выполнение сложных видов повседневной активности и способствовали снижению качества жизни. Кроме когнитивных расстройств у пациенток имели место и двигательные нарушения: оживление сухожильных рефлексов, анизорефлексия. У 8 пациенток (50%) II группы имели место координаторные нарушения в виде не резко выраженного вестибуло-атактического синдрома, и у 2 пациенток (12,5%) II группы имело место повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу.

По данным транскраниальной доплеросонографии у всех обследованных имел место изменение линейной скорости кровотока и асимметрия кровенаполнения.

Выводы:

1. Метаболический синдром у женщин параменопаузального периода сопровождается развитием прогрессирующей недостаточности мозгового кровообращения.

2. Темп развития дисциркуляторной энцефалопатии у таких пациенток, как правило, умеренный.

3. Часто встречающимися неврологическими расстройствами у пациенток с метаболическим синдромом являются когнитивные нарушения, что необходимо учитывать при выработке плана лечения данной категории больных.

Литература.

1. Братусь В.В. Метаболический синдром: природа и механизмы развития // Журнал АМН Украины. - 2004. - Т.10, №4. - С. 646-670.
2. Ройтберг Г.Е. Роль инсулинорезистентности в диагностике метаболического синдрома: Обзор // Кардиология. – 2004. - Т.44 №3. - С. 94-101.

3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимов М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет»: Методические рекомендации. - М., 2002.- 11 с.
4. Мамедов М.Н. Метаболический синдром – больше, чем сочетание факторов риска: принципы диагностики и лечения // Верваг Фарма.- М., - 2006. – С. 7-42.
5. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Применение препарата Формин у женщин в перименопаузе с метаболическим синдромом // Журнал «Трудный пациент». – 2007. - № 1.- С. 11-13.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: М.: МГУ, 1973.- 432 с.
7. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1985. - Т.85. - С.192-203.
8. Alberti K.G. Zimmet P.Z. For the WHO Consultation. Defenition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus: provisional report of a WHO Consultation // Diabet Med. – 1998.- № 15. – P. 539 - 553.
9. Magliano P.J., Shau J.E., Zimmet P.Z. How to best define the metabolic syndrome // Ann. Med.-2006.-Vol 39. - P 34 - 41.
10. Petersen R.C., Smith G.E., Waring S.C. Mild cognitive impairment. Clinical characterization and outcome // Arch. Neurol. - 1999. – № 56. – P. 303 - 308.

УДК 616.366-003.7-089:615.83

Н. А. Мацегора[©]

**ЭФЕКТИВНІСТЬ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ
ГЕРОНТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ,
ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЮ**
Одеський державний медичний університет

РЕФЕРАТ. Н.А.Мацегора. **Эффективность реабилитационной терапии геронтологических больных желчнокаменной болезнью, перенесших холецистэктомию.** Комплексная терапия с использованием природных минеральных вод Закарпаття оказывает нормализующее влияние на метаболические процесс у пациентов старшей возрастной группы, перенесших холецистэктомию. Более выраженные компенсаторные реакции при применении в восстановительном лечении комплекса гидрокарбонатно-натриевой воды в сочетании с минеральной добавкой «НАМАЦИД», связано как со свойством этого минерального комплекса оказывать интегральную коррекцию метаболического ацидоза и алкалоза, так и регулировать окислительно-восстановительные процессы, активизируя факторы антиоксидантной защиты.

Ключевые слова: холецистэктомия, перекисное окисление липидов, кислотно-основное состояние, водолечение, реабилитация.

РЕФЕРАТ. Комплексна терапія з застосуванням природних мінеральних вод Закарпаття має нормалізуючий вплив на метаболічні процеси у пацієнтів старшої вікової групи, які перенесли холецистектомію. Більш виражені компенсаторні реакції при застосуванні у відновлювальному лікуванні гідрокарбонатно-натрієвої води в сполученні з мінеральною добавкою НАМАЦІД, пов'язано як з властивостями цього мінерального комплексу здійснювати інтегральну корекцію метаболічного ацидозу та