

К. О. Пісоцька
ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
У ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

К. О. Песоцкая
Особенности неврологических нарушений у пациентов с патологией гепатобилиарной системы

К. О. Pisotska
Peculiarities of neurological impairments in patients with of the hepatobiliary system

Проведено дослідження особливостей неврологічних розладів у хворих з патологією гепатобіліарної системи. Обстежено дві групи хворих: I група — пацієнти з хронічним калькульозним холецистопанкреатитом, II група — хворі на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену біліарним цирозом печінки. Показано, що у хворих I групи в клінічній картині превалювали ознаки вегетативної дисфункції у вигляді синдрому вегетосудинної дистонії, вегетативних пароксизмів, гіпервентиляційного синдрому. Під час вивчення емоційної сфери у цих хворих виявлялися неврастенічний, сенесто-іпохондричний синдроми, підвищений рівень тривоги. У хворих II групи була виявлена печінкова енцефалопатія: мінімальна та I ступеня тяжкості. Для цих хворих характерними були такі неврологічні синдроми: цефалгічний, вестибулярний, інсомнічний, гіперкінетичний (астеріксис), а також зниження інтелекту, розлади особистості. Виявлені неврологічні порушення корелювали зі ступенем тяжкості та тривалістю хвороби, найвираженіша симптоматика виявлялась у хворих з довшим та тяжчим перебігом захворювання.

Ключові слова: гепатобіліарна система, печінкова енцефалопатія, біліарний цироз печінки, вегетативна дисфункція

Проведено исследование особенностей неврологических нарушений у больных с патологией гепатобилиарной системы. Обследованы две группы больных: I группа — пациенты с хроническим калькулёзным холецистопанкреатитом, II группа — больные с билиарным циррозом печени. Показано, что у пациентов I группы в клинической картине преобладали признаки вегетативной дисфункции в виде синдрома вегетосудистой дистонии, вегетативных пароксизмов, гипервентиляционного синдрома. При изучении эмоциональной сферы у этих больных выявлялись неврастенический, сенесто-ипохондрический синдромы, повышенный уровень тревоги. У больных II группы была выявлена печеночная энцефалопатия: минимальная и I степени тяжести. Для этих больных характерными были следующие неврологические синдромы: цефалгический, вестибулярный, инсомнический, гиперкинетический (астериксис), а также снижение интеллекта, расстройства личности. Выявленные неврологические нарушения коррелировали со степенью тяжести и продолжительностью болезни, наиболее выраженная симптоматика выявлялась у больных с более долгим и тяжелым течением заболевания.

Ключевые слова: гепатобилиарная система, печеночная энцефалопатия, билиарный цирроз печени, вегетативная дисфункция

Research of peculiarities of neurological impairments in patients with of the hepatobiliary system. We examined two groups of patients: group I — patients with chronic calculous cholecystopancreatitis, group II — patients with biliary cirrhosis. It is shown that in patients of group I clinically was dominated by signs of autonomic dysfunction syndrome in the form of vegetative-vascular dystonia, autonomic paroxysms, hyperventilation syndrome. In the study of the emotional system in these patient detected neurasthenic, senesto-hypochondriac syndrome elevated levels of anxiety. Group II patient was identified hepatic encephalopathy minimum and I severity. For these patient was characterized by the following neurological syndromes: headache, vestibular, insomnic, hyperkinetic, as well as intellectual impairment, personality disorders. Identified neurological disorders correlated with the severity and duration of the disease, the most severe symptoms seen in patient with a longer and more severe disease.

Keywords: hepatobiliary system, hepatic encephalopathy, biliary cirrhosis, vegetative dysfunction

В останні десятиліття частота гепатобіліарної патології складає близько 15 % в популяції, зокрема до 20 % у 60-річних і більш 30 % після 70 років [1]. В Україні теж відмічено істотне збільшення захворювань печінки і жовчовивідної системи. Пацієнти з хронічним холециститом і жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) складають від 10 до 15 % в структурі патології органів травлення. Жінки хворіють в три рази частіше, ніж чоловіки. Нині в нашій країні на диспансерному обліку перебуває більш, ніж 40 тис. хворих на цироз печінки. За даними різних авторів, захворювання печінки і жовчних шляхів в 45—90 % випадків призводять до ураження нервової системи [2, 3]. Нервова система при захворюваннях гепатобіліарного тракту залучається як первинно — на початку формування соматичної патології, визначаючи нейросоматичні механізми, так і вторинно — як прояв соматоневрологічних розладів. Взаємозв'язок між неврологічними порушеннями і захворюваннями печінки вперше описав М. М. Лапинський (1927), надалі — Н. В. Коновалов (1960) та ін. На підставі клініко-морфологічного аналізу гепатолентикулярних синдромів Н. В. Коновалов переконливо довів первинність ураження печінки, залежність нервово-психічних порушень

від тяжкості печінкової недостатності. Найчастішим ускладненням цирозу печінки є печінкова енцефалопатія (ПЕ), яка спостерігається у 50—80 % хворих [4]. ПЕ є спектром нейропсихічних відхилень, що асоціюються з порушенням функції печінки і портосистемним венозним шунтуванням, ступінь яких може варіювати від порівняно легких проявів (неуважність, порушення короткострокової пам'яті, тривога, мінімальна дезорієнтація) до важких (кома) [5—7].

Відповідно до сучасної класифікації (Herber і Schomerus, 2000) [5] розрізняють такі стадії печінкової енцефалопатії:

- 0 — латентна (мінімальна, субклінічна);
- I — легка (порушення сну, неможливість зосередитися, легкі зміни особистості, неуважність, апраксія);
- II — середньої тяжкості (летаргія, втома, сонливість, апатія, неадекватна поведінка з помітними змінами в структурі особи, порушеннями орієнтації в часі, «ляскаючий» тремор, монотонна мова);
- III — важка (ступор, виражена дезорієнтація у часі і просторі, незв'язна мова, агресія, «ляскаючий» тремор, судоми);
- IV — кома (відсутність свідомості).

Доведено, що ПЕ, навіть в легкій формі, може значно порушувати повсякденну активність пацієнтів. Крім того,

ПЕ асоціюється зі значними матеріальними витратами. Так, в 2003 р. прямі медичні витрати в США на лікування в медичних установах пацієнтів із прогресуючою ПЕ склали 932 млн доларів [8—12]. Цій проблемі присвячено чимало робіт вітчизняних і зарубіжних дослідників, проте деякі питання, що стосуються клінічних особливостей, патогенезу неврологічних розладів внаслідок захворювань печінки і біліарних шляхів, залишаються суперечливими і маловивченими.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення клініко-патогенетичних особливостей неврологічних розладів у хворих з патологією гепатобіліарної системи (ГБС). Завданням роботи було вивчення особливостей клінічної картини та клініко-психологічних змін у хворих з гепатобіліарною патологією.

Обстежено 32 пацієнти (жінок — 22, чоловіків — 10) віком від 20 до 46 років (середній вік — $38,5 \pm 5,6$ роки) з різними неврологічними порушеннями та патологією ГБС. Дослідження хворих проводили в період їх стаціонарного лікування в Харківському міському центрі малоінвазивної хірургії та ендоскопії. Хворі були поділені на дві групи: I група — пацієнти, в яких було діагностовано хронічний калькульозний холецистопанкреатит (23 особи), II група — хворі на ЖКХ, ускладнену біліарним цирозом печінки (9 осіб). Тривалість цих захворювань складала від 5 до 20 років (в середньому — $10,3 \pm 2,4$ роки). Контрольна група була представлена 20 особами відповідного віку та статі без патології ГБС.

Для вирішення поставлених завдань всім хворим проводилось стандартне клініко-неврологічне дослідження. Клініко-психологічний метод був реалізований за допомогою таких методик: тест зв'язку чисел (ТЗЧ), тест ліній (ТЛ), тест обведення пунктирних фігур. Ці тести є найпоширенішими, бо чутливість їх під час діагностики ПЕ досягає 80 % [13]. При виконанні ТЗЧ пацієнту необхідно якнайшвидше з'єднати один з одним по порядку числа від 1 до 25 в межах 30 с. Час, витрачений на виправлення помилок, враховували під час загального оцінювання результатів. Результати оцінювали відповідно до нормативних даних щодо цього тесту — від 15—30 с в нормі до 120 с або нездатності хворого виконати цей тест при грубих порушеннях.

Діагностика ПЕ ґрунтувалась на характерних анамнестичних, клінічних і параклінічних даних, при цьому виключались інші можливі причини розвитку енцефалопатії. В усіх обстежених хворих оцінювали свідомість, поведінку, інтелект, неврологічний статус, зміни почерку, психометричні тести. Для встановлення діагнозу в усіх хворих було докладно зібрано скарги (зі слів хворого і родичів), анамнез, проведені ретельне клініко-неврологічне і клініко-психопатологічне обстеження.

Під час опитування пацієнти I групи скаржились переважно на головний біль — 52,2 %, запаморочення — 65,2 %, абдомінальний дискомфорт — 86,9 %, коливання артеріального тиску — 47,8 %, прискорене серцебиття — 39,1 %, дискомфорт в ділянці серця — 34,8 %, відчуття «кому» в горлі — 30,4 %, тривожність, неспокій — 43,5 %, нестійкий настрій — 60,9 %, порушення сну — 56,5 %, зниження уваги, пам'яті — 65,2 %, загальну слабкість — 78,3 % (табл. 1).

При клініко-неврологічному дослідженні хворих I групи виявлялись зони гіперестезії, загальне підвищення сухожильних рефлексів з розширенням рефлексогенних зон, іноді їх зниження, невелика анізоорефлексія, ознаки вегетативної дисфункції: артеріальна дистонія, сухість шкіри, тремтіння пальців рук і повік, схильність

Таблиця 1. Суб'єктивна симптоматика у обстежених хворих I групи

Симптоми	Хворі (n = 23)	
	абс.	%
Головний біль	12	52,2
Запаморочення	15	65,2
Абдомінальний дискомфорт	20	86,9
Колівання артеріального тиску	11	47,8
Дискомфорт в ділянці серця	8	34,8
Відчуття «кому» в горлі	7	30,4
Серцебиття	9	39,1
Розлади сну	13	56,5
Підвищена стомлюваність	23	100
Загальна слабкість	18	78,3
Тривожність, неспокій, страх	10	43,5
Зниження настрою	14	60,9

до гіпокоагуляції та ін. У хворих відмічалась метеозалежність, часте серцебиття, перебої у роботі серця. Гіпервентиляційний синдром проявлявся відчуттям нехватки повітря, утрудненням вдихання, потребою у періодичних глибоких вдихах у покої. У цих пацієнтів виявлялась лабільність артеріального тиску (АТ) — транзиторне зниження чи підвищення АТ, що було визвано ситуаційними розладами, метеоумовами.

У 34,8 % хворих цієї групи спостерігались панічні атаки — раптові приступи, що виникали без будь-якої явної причини та проявлялись почуттям страху, який супроводжувався серцебиттям, пітливістю, ознобом, тремором, відчуттям нестачі повітря, задишкою, утрудненням дихання, виникав біль або дискомфорт в ділянці серця, нудота або абдомінальний дискомфорт, відчуття запаморочення, переднепритомний стан, відчуття оніміння або поколювання в кінцівках або в тілі, хвилі жару або холоду.

Під час дослідження емоційної сфери у хворих відзначались дратівливість, підвищена збудливість, емоційна лабільність, нестриманість, гнівливість, надмірна рухливість, а також тривожний, поверхневий сон. Синдром дратівливості слабкості проявлявся значною фізичною і психічною стомлюваністю, схильністю до емоційних спалахів. Ці хворі легко ображались, були недовірливі, мали нестійкий настрій — частіше сумний, пригнічений. У 39,1 % хворих цієї групи було визначено неврастенічний синдром, у 26,1 % — сенесто-іпохондричний, у 34,8 % — тривожно-депресивний синдром. Частоту неврологічних симптомів, які виявлялись у хворих I групи, подано в таблиці 2.

Таблиця 2. Неврологічні порушення у хворих I групи

Клінічні синдроми	Кількість пацієнтів	
	абс.	%
Цефалгічний	12	52,2
Вестибулярний	15	65,2
Синдром вегетативної дисфункції	20	86,9
Пірамідний	6	26,1
Соляралгічний	5	21,7
Неврастенічний	9	39,1
Сенесто-іпохондричний	6	26,1
Тривожно-депресивний	8	34,8

У 66,7 % хворих II групи, за даними психометричних тестів (тест ліній, тест чисел, тест обведення пунктирних фігур), було діагностовано мінімальну печінкову енцефалопатію. Зазвичай хворі з субклінічною (мінімальною) формою ПЕ не відчували суб'єктивних симптомів. При рутинному обстеженні у них не виявлялись які-небудь

відхилення, але за результатами психометричних тестів було виявлено уповільнення психомоторної діяльності, зниження уваги і точності тонкої моторики, а також порушення зорових функцій, що відбивалось на якості життя пацієнтів і їх повсякденній діяльності. Хворим цієї групи були притаманні зміни особистості. Вони характеризувались швидкою зміною настрою: від підвищеного (аж до ейфорії) до дратівливості, втратою інтересу до сім'ї і оточуючих, зниженням критики до своєї поведінки. Ці зміни мали стійкий характер. Для частини пацієнтів з мінімальною ПЕ була характерна ейфорія, підвищена комунікабельність, зниження відповідальності і самоконтролю.

У 33,3 % хворих II групи було діагностовано ПЕ I ступеня тяжкості. Найтипівшими скаргами для цих пацієнтів були різко виражена загальна слабкість, відсутність апетиту, гіркота у роті, нудота, головний біль, тяжкість у правому підребер'ї. Також хворі вказували на незначні геморагічні прояви: носові кровотечі, кровоточивість ясен. У цих хворих була порушена здатність концентрувати увагу, вони часто повторювали ті ж самі слова, втрачали сенс сказаного; насилу виконували прості математичні вправи (складання простих чисел і т. п.). При неврологічному обстеженні виявлялось порушення координації дрібних рухів (зміна почерку при тесті почерку), відзначалось послаблення зіничної реакції, розширення зіниць. Найхарактернішою неврологічною ознакою у цих хворих був «ляскаючий» тремор (астеріксис), який зазвичай мав білатеральний характер. Проте насильницькі рухи в руках були асиметричні і, як правило, з одного боку були виражені більше, ніж з іншого. Характерним було посилення астеріксиса, коли пацієнт витягав руки, а пальці знаходились в положенні гіперекстензії і не стикались один з одним. Найкраще астеріксис виявлявся при максимальному розгинанні кисті хворого з фіксованим передпліччям на столі або на ліжку. При цьому спостерігались швидкі згинально-розгинальні рухи в пястно-фалангових і променезап'ясткових суглобах, які часто супроводжувались латеральними рухами пальців. Тремор був найвираженіший під час підтримки постійної пози, менш помітний — при русі і відсутній під час відпочинку. Неврологічні симптоми та частоту їх зустрічаємості у хворих II групи подано в таблиці 3.

Таблиця 3. Неврологічні порушення у хворих II групи

Клінічні симптоми	Кількість пацієнтів	
	абс.	%
Порушення координації	5	55,5
Легкий тремор	3	33,3
Астеріксис	2	22,2
Порушення ритму сну	6	66,7
Розлади особистості	7	77,8
Тривожно-депресивні розлади	4	44,4
Порушення виконання психометричних тестів	9	100,0
Емоційна лабільність	8	88,9

В психічному статусі цих хворих виявлялась легка незібраність, апатія або немотивоване збудження, занепокоєння, ейфорія, швидка зміна настрою, зниження толерантності до звичних навантажень, як до фізичних, так і розумових. Проте, хворі давали адекватні відповіді на запитання, були орієнтованими в місці і часі, у них відзначалось порушення ритму сну (сонливість вдень і безсоння вночі).

Таким чином, в результаті проведеного дослідження визначені клінічні особливості неврологічних розладів у пацієнтів з патологією ГБС. У хворих на хронічний холе-

цистопанкреатит (I група) превалювали ознаки вегетативної дисфункції у вигляді синдрому вегетосудинної дистонії, вегетовісцеральних пароксизмів, гіпервентиляційного синдрому. Під час вивчення емоційної сфери у цих хворих виявлялися неврастенічний, сенесто-іпохондричний синдроми, підвищений рівень тривоги. У хворих на біліарний цироз печінки (II група) була виявлена печінкова енцефалопатія (мінімальна — у 66,7 % осіб, I ступеня тяжкості — у 33,3 % осіб). Для цих пацієнтів характерними були зниження інтелекту, розлади особистості, порушення сну, причому у хворих з мінімальною ПЕ ці розлади у більшості випадків виявлялись завдяки психометричним тестам. У хворих цієї групи виявлялись такі неврологічні синдроми: цефалгічний, вестибулярний, інсомнічний, гіперкінетичний (астеріксис). Розлади особистості та інтелекту у досліджених хворих корелювали з зі ступенем тяжкості та тривалістю хвороби, найвираженіші порушення виявлялись у хворих з довшим та тяжчим перебігом захворювання.

Список літератури

1. Болезни печени и желчевыводящих путей : руководство для врачей / под ред. В. Т. Ивашкина. — М.: Вести, 2002. — 416 с.
2. Філіппов Ю. О. Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні: аналітичний огляд офіційних даних Центру статистики МОЗ України / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скірта, Л. М. Петерчук / Гастроентерологія : міжвід. зб. — Дніпропетровськ, 2007. — Вип. 38. — С. 3—16.
3. Щербиніна М. Б. Біліарна патологія: камінь спотикання на рівній дорозі сучасної гастроентерології / М. Б. Щербиніна, І. Ю. Скірта, А. М. Буренко // Здоров'я України. — 2010. — № 1. — С. 18—19.
4. Надинская М. Ю. Латентная печеночная энцефалопатия: как помочь пациенту / М. Ю. Надинская // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. — 2001. — № 1. — С. 10—17.
5. Herber T. Hepatic encephalopathy in liver cirrhosis. Pathogenesis diagnosis and management / T. Herber, H. Schomerus // Drugs. — 2000. — Vol. 60. — № 6. — P. 1353—1370.
6. Конеева Р. И. Диагностика и клинические варианты печеночной энцефалопатии / Р. И. Конеева, В. В. Белопасов, Б. Н. Левитан // Вопросы диагностики и лечения внутренних и инфекционных болезней : (по материалам 77-й итог. науч.-практ. конф. сотр. АГМА). — Астрахань, 2000. — С. 255—262.
7. Радченко В. Г. Печеночная энцефалопатия : пособие для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, инфекционистов / В. Г. Радченко, О. Н. Радченко. — С.-Петербург. ГМА, 2001. — С. 34.
8. Шерлок Ш. Заболевание печени и желчевыводящих путей : практическое руководство / Ш. Шерлок, Дж. Дули / пер. с англ. под ред. З. Г. Апросиной, Н. А. Мухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999. — 864 с.
9. Полунина Т. Е. Печеночная энцефалопатия — выбор тактики лечения / Т. Е. Полунина, И. В. Маев // Consilium medicum. — 2007. — № 2. — С. 8—13.
10. Diagnosis and treatment of minimal hepatic encephalopathy to prevent motor vehicle accidents: a cost-effectiveness analysis / [J. S. Bajaj, S. D. Pinkerton, A. J. Sanyal, and D. M. Heuma] // Hepatology. — 2012. — Vol. 55. — № 4. — P. 1164—1171.
11. Blei A. T. Hepatic encephalopathy / A. T. Blei and J. Córdoba // American Journal of Gastroenterology. — 2001. — Vol. 96. — № 7. — P. 1968—1976.
12. Neuropsychological characterization of hepatic encephalopathy / [K. Weissenborn, J. C. Ennen, H. Schomerus et al.] // Journal of Hepatology. — 2001. — Vol. 34. — № 5. — P. 768—773.
13. Dhiman R. K. Minimal hepatic encephalopathy / R. K. Dhiman and Y. K. Chawla // Indian Journal of Gastroenterology. — 2009. — Vol. 28. — № 1. — P. 5—16.

Надійшла до редакції 13.08.2015 р.

ПІСОЦЬКА Ксенія Олегівна, аспірант відділу нейроінфекцій та розсіяного склерозу Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: kseniyapesock@gmail.com

PISOTSKA Kseniia, Postgraduate Student of the Department of Neuroinfections and Multiple Sclerosis of the State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: kseniyapesock@gmail.com