

УДК 614.87:616.8

**ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ТЕМИРТАУ****Баттакова Ш.Б., Аманбеков У.А., Миянова Г.А., Мухаметжанова С.Е.,
Фазылова М-Д.А.***РГКП «Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний»,
Караганда, e-mail: lyazat1967@mail.ru*

В статье представлены результаты изучения актуального психологического и клиничко-неврологического статуса у жителей г. Темиртау. Развитие ранних клинических форм цереброваскулярных заболеваний и энцефалопатий неуточненного генеза сопровождалось формированием астенического, астено-ипохондрического, астено-депрессивного синдромов и синдрома вегетативной дистонии.

Ключевые слова: экофакторы, психологический статус, клиничко-неврологический статус, цереброваскулярные заболевания

**INDICATORS OF CLINICAL NEUROLOGICAL STATUS IN CEREBROVASCULAR
DISEASES HAVE TEMIRTAU'S INHABITANTS****Battakova S.B., Amanbekov U.A., Miyanova G.A., Muhametzhanova S.E.,
Fazylova M-D.A.***RSCE «National Centre for Occupational Health and Occupational Diseases»,
Karaganda, e-mail: lyazat1967@mail.ru*

The article presents the results of a study of contemporary psychological, clinical and neurological status of the inhabitants of Temirtau. Development of early clinical forms of cerebrovascular diseases and unspecified encephalopathies genesis was accompanied by the formation of astenicheskogo, asthenic-hypochondriac, asthenic-depressive syndromes and the syndrome of vegetative dystonia.

Keywords: ekofactory, psychological status, clinical and neurological status, cerebrovascular disease

Загрязнение окружающей среды в связи с техногенной направленностью развития экономики становится фактором, представляющим реальную угрозу выживания человека, как биологического вида. В зонах экологического неблагополучия нарастает ухудшение состояния здоровья населения [7], наиболее резко выражен рост патологии центральной нервной системы в виде вегетоневрозов (ВСД), энцефалопатии и задержки умственного развития [2, 4]. Научные исследования и статистический анализ убедительно свидетельствуют о том, что повышенная заболеваемость наблюдается именно в регионах с повышенным содержанием токсических веществ в окружающей среде [1]. Имеются немногочисленные сообщения [3], свидетельствующие о преимущественном распространении среди жителей крупных промышленных регионов, неблагополучных в экологическом отношении, цереброваскулярных болезней.

Регион Центрального Казахстана подвергается загрязнению выбросами предприятий черной и цветной металлургии, угледобывающей промышленности. Одним из крупных промышленных городов является г. Темиртау, где находятся металлургические комбинаты – «Испат-Кармет», «Казах Мыс», ТЭЦ [4, 5, 6, 8]. Руды, используемые для по-

лучения металлов на металлургическом комбинате в г. Темиртау, тоже богаты тяжелыми металлами. Кроме того, г. Темиртау является источником повышенной опасности загрязнения окружающей среды ртутью – это бывший завод «Карбид», на территории которого до сих пор имеется значительное количество ртути (около 800 т) [9, 10].

Цель работы: оценить состояние клиничко-неврологического статуса жителей г. Темиртау.

Материал и методы исследования

Исследования проводили в г. Темиртау в период с марта по май 2010 года на базе поликлиник №1–4, МВД, ЧС. Было обследовано 930 человек, из них 303 мужчины, 627 женщин.

Из всех осмотренных лиц формировали группы по следующим критериям:

а) возраст от 20 до 60 лет;

б) время проживания на территории населенного пункта более 10 лет.

Каждую возрастную группу на основании клиничческого осмотра поделили на 4 подгруппы: практически здоровые – 12%; группа риска (жалобы и отдельные признаки изменения состояния здоровья) – относительно здоровые – 19%; группа с ранними клиничческими формами цереброваскулярных заболеваний (РКФ ЦВЗ) – 26%; группа с энцефалопатией неуточненного генеза – 43%.

Критерии исключения: беременные, инвалиды, лица, находящиеся на диспансерном учете и т.д.

Сбор данных осуществляли по характеру когортных, одномоментных двойных слепых эпидемиологических исследований.

Для проведения анализа группы формировали в зависимости от классификационных характеристик (пол, возраст) без рандомизации.

Количественные переменные проверяли на нормальность распределения с помощью критериев Колмогорова–Смирнова, Лиллиефорса, Шапиро–Уилка. Для количественных переменных с нормальным распределением рассчитывали среднее арифметическое, дисперсию, ошибку и 95%-й доверительный интервал, для качественных переменных и количественных данных с ненормальным распределением – медиану. Различия между группами выявляли методами параметрической статистики по Стьюденту для несвязанных групп со статистической точностью $p < 0,05$ и с использованием поправки Бонферрони в зависимости от числа пар сравнений.

Качественными переменными являлись порядковые данные, которые отражали степень выраженности признаков (н-р характер дермографизма), бинарные дихотомические данные (код пола, наличие или отсутствие заболевания).

Всем обследуемым лицам проводили клиническое скрининг-исследование неврологического статуса по разработанным протоколам, которые включали в себя: сбор жалоб; сбор и описание анамнеза заболевания и жизни; оценку неврологического статуса; исследование вегетативной нервной системы; определение мышечной силы кисти кистевым механическим динамометром.

Для описания эмоционально-личностной сферы использовали следующие методики:

- шкала депрессии научно-исследовательского института психоневрологии им. В.М. Бехтерева;
- шкала Спилберга (оценка уровня реактивной и личностной тревожности).

Полученные результаты статистически обработаны по программе электронных таблиц EXCEL в системе WINDOWS.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных мужчин РКФ ЦВЗ выявлены во всех возрастных группах, чаще в возрасте 20–29 лет – 32,1%, а энцефалопатии неуточненного генеза в возрасте 30–39 лет – 40% и более 50 лет – 25%. Во всех возрастных группах преобладал астенический синдром, чаще в возрасте 20–29 (41,2%).

У женщин РКФ ЦВЗ встречались в возрасте 20–29 лет – 24,5%, 30–39 лет – 34,9%, 40–49 лет – 24,5%. Наибольшее количество энцефалопатий неуточненного генеза выявлено в возрасте после 40 лет (31,5%).

Анализ актуального психологического статуса обследованных лиц РКФ ЦВЗ и энцефалопатией неуточненного генеза показал, что у большинства обследованных ранняя церебральная патология часто сопровождалась, а нередко дебютировала неврозоподобным состоянием. При клинико-психологическом исследовании были

выявлены следующие неврозоподобные синдромы: астенический – 67%, астено-ипохондрический – 25,4%, астено-депрессивный – 1,7% (субдепрессивное состояние или маскированная депрессия – 1,3%, депрессивное состояние – 0,4%). В группе РКФ ЦВЗ астенический синдром составил – 67%, астено-ипохондрический – 12%; в группе с энцефалопатией неуточненного генеза: астенический синдром – 24%, астено-ипохондрический синдром – 35,4%, астено-депрессивный – 1,7%.

Частота встречаемости астенического синдрома у женщин составила: 20–29 лет – 35,8%, 30–39 лет – 22,7%, 40–49 лет – 28%; астено-ипохондрического синдрома: 20–29 лет – 2%, 30–39 лет – 16,9%, 40–49 лет – 14,7% и более 50 лет – 12,4%; астено-депрессивный синдром выявлен в возрасте после 50 лет (1,7%).

Ранние клинические формы ЦВЗ проявлялись клинически начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга с развитием синдрома вегетативной дистонии (СВД). Частота выявления СВД при РКФ ЦВЗ составила – 72%, при энцефалопатии неуточненного генеза – 33%.

Наиболее частые симптомы СВД, выявленные у обследованных: кардиалгии ($43 \pm 0,061$), астения ($47 \pm 0,056$), неврологические расстройства ($51 \pm 0,052$), головная боль ($59 \pm 0,04$), нарушение сна ($67 \pm 0,035$), ухудшение самочувствия при смене погоды (метеолабильность) ($41,7 \pm 0,062$), головокружения ($33 \pm 0,07$), сердцебиения ($46 \pm 0,058$), похолодание рук и ног ($58 \pm 0,045$), дрожание рук, внутренняя дрожь ($19 \pm 0,087$), ощущение жара в лице ($37 \pm 0,067$), красный дермографизм ($49 \pm 0,054$), «пятнистая» гиперемия верхней половины грудной клетки ($17 \pm 0,089$), гипергидроз и акроцианоз кистей рук ($48 \pm 0,055$), тремор кистей, синдром психических нарушений – эмоциональная лабильность, плаксивость ($39 \pm 0,065$), нарушение сна. Вышеуказанные жалобы появляются после отрицательных эмоций, пребывания в душном помещении, в конце рабочей недели и особенно при работе в вечерние и ночные часы.

Основные жалобы, предъявляемые обследованными РКФ ЦВЗ и с энцефалопатией неуточненного генеза: головная боль и тяжесть в голове ($56 \pm 0,04$), повышенная раздражительность ($47,4 \pm 0,06$), нарушение сна ($51 \pm 0,05$), снижение памяти ($43,7 \pm 0,06$), переутомляемость, снижение работоспособности ($45 \pm 0,06$), которые возникают в обычных жизненных ситуациях, а нередко постоянно присутствуют в картине заболевания. При неврологическом

обследовании, в основном у больных с энцефалопатией неуточненного генеза, наиболее часто выявлялись симптомы орального автоматизма (22,7%), глазодвигательные и зрачковые расстройства в виде ослабления фотореакции зрачков, недостаточности конвергенции глазных яблок (33%), пирамидная недостаточность в виде гиперрефлексии (28,3%), расстройства координаторной сферы – неустойчивость в позе Ромберга, неточность при выполнении пальценосовой пробы (44%).

Таким образом, выявлены следующие закономерности частоты распространенности РКФ ЦВЗ среди населения:

- данными заболеваниями достоверно ($p < 0,05$) чаще болеют женщины;
- РКФ ЦВЗ проявлялись развитием синдрома вегетативной дистонии.

Возможно, экологический фактор является детерминирующим частоту возникновения цереброваскулярной патологии и ее распространенность среди населения экологического региона.

Выводы

1. Среди обследованных мужчин больные ранними клиническими формами цереброваскулярных заболеваний выявлены во всех возрастных группах, чаще в возрасте 20–29 лет – 32,1%, с энцефалопатией неуточненного генеза в возрасте 30–39 лет – 40% и более 50 лет – 25%. Среди женщин больные ранними клиническими формами цереброваскулярных заболеваний выявлены: в возрасте 20–29 лет – 24,5%, 30–39 лет – 34,9%, 40–49 лет – 24,5%; с энцефалопатией неуточненного генеза наибольшее количество выявлено в возрасте после 40 лет (31,5%).

2. У больных ранними клиническими формами цереброваскулярных заболеваний и с энцефалопатией неуточненного генеза выявлены следующие неврозоподобные синдромы: астенический, астено-ипохондрический, астено-депрессивный синдромы, с преобладанием астенического синдрома (67%) в группе с ранними клиническими формами цереброваскулярных заболева-

ний и астено-ипохондрического синдрома (35,4%) в группе с энцефалопатией неуточненного генеза.

3. Формирование заболеваний ЦНС у обследованных сопровождалось развитием СВД: при ранних клинических формах цереброваскулярных заболеваний – 72%, при энцефалопатии неуточненного генеза – 33%.

Список литературы

1. Джоджуа А.Г. // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2001. – №2. – С. 164–167.
2. Матер. Междунар. науч.-техн. конф., посвящ. 70-летию юбилею акад. Н.К. Надирова / Х.С. Калжигитов, Т. Ергалиев, К.Ш. Нургазиев, М. Утепкалиев, А.А. Абилгазиева. – Атырау: АИНИГ, 2001. – Т. 2. – С. 305–308.
3. Курачицкий В.И. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1995. № 2. С. 4–8.
4. Кашапов Н.Г., Лукичева Т.А., Кучма В.Ф. // Гигиена и санитария. – 2008. – №4. С. 15–18.
5. Киреева И.С., Черниченко И.А., Литейченко О.Н. // Гигиена и санитария. – 2007. – №1. – С. 17–21.
6. Основы оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду / под ред. Ю.А. Рахманина, Г.Г. Онищенко. – М., 2002. – 187 с.
7. Гигиена и санитария / В.М. Прусаков, Г.А. Кулқыбаев, А.Е. Шпаков и др. – 2008. – №1. – С. 23–27.
8. Рахманин Ю.А., Иванов С.И., Новиков С.М., Реванова Ю.А., Русаков Н.В. // Гигиена и санитария. – 2007. – №5. – С. 5.
9. Samet J.M., Zeger S.L. // United States. Cambridge. – 2000. – № 94. – P. 56–60.
10. Solovjev V.I., Yegeshev R.B. // Neu technologies in Islamik Countries: Presentation of International scienifik and conference. – Almaty, 27-30 June 1999. – Almaty: Engineering Academy of the Republic of Kazakhstan, 1999. – P. 257–262.

Рецензенты:

Алиханова К.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики с курсами фтизиатрии, психиатрии, акушерства и гинекологии, дерматовенерологии и инфекционных болезней ФНПР, Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда;

Мукашева М.А., д.б.н., профессор кафедры физиологии биолого-географического факультета КарГУ имени Е.А. Букетова, г. Караганда.

Работа поступила в редакцию 04.04.2011.