

Ахтамов Л.Р.,
Тоштемуров Ш.И.,
Салохиддинова Ш.Ш.,
Джурабекова А. Т.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Кафедра неврологии СамМИ

Одной из актуальных проблем современной клинической медицины является стремительный рост заболеваемости мозговым инсультом. В течение первого года с момента развития ишемического поражения мозга умирает 21%, 3 лет - 31%, 5 лет - 43% больных. Около 55% больных с инсультом, выживших к концу 3-го года заболевания, в той или иной мере не удовлетворены качеством своей жизни. Последствия инсульта - одна из наиболее актуальных проблем. (1) Вследствие тяжелого стресса, обусловленного этим заболеванием, у больных сразу же резко ухудшается качество жизни, и возникают сложные социально-психические проблемы в связи с трудностями адаптации в семье и обществе. Часто после перенесенного инсульта помимо неврологических дефектов у пациентов отмечаются различные нарушения высших мозговых функций: речи, памяти, мышления, эмоции. (4-5). Когнитивные нарушения, в том числе достигающие степени деменции, являются одним из серьезных осложнений перенесенного инсульта. Эта проблема в последние годы привлекает всё большее внимание исследователей. В настоящее время отмечается, что частота встречаемости постинсультной деменции существенно выше, чем предполагалось ранее. Однако в практической деятельности данный вариант сосудистой деменции нередко не распознаётся. (2-3) Считается, что перенесенный инсульт увеличивает в 4-12 раз риск возникновения деменции. У больных старше 60 лет этот риск в 9 раз выше. Выявление, особенно на ранних стадиях развития, когнитивных нарушений, изучение вариантов их клинического течения, адекватное и своевременное лечение могут значительно улучшить качество жизни как у самого больного, так и у его близких. (6-7).

Цель. Изучить факторы риска развития когнитивных нарушений у больных ишемическим инсультом.

Материалы и методы исследования. более 2 лет, а также бросившие курить менее 2 лет назад, вне зависимости от количества выкуриваемых в день сигарет или папирос; психоэмоциональное напряжение определялось в случаях частых или продолжительных психологических травм острого или хронического характера; избыточную массу тела отмечали при индексе Кетле выше 29; наследственность считали отягощенной по сердечно-сосудистой патологии, если у ближайших кровных родственников (родители, родные братья, сестры) имелись такие заболевания, как мозговой инсульт, инфаркт миокарда, сосудистая смерть. В таблице 1 проведен сравнительный анализ частоты отдельных факторов риска у больных ишемическим инсультом с когнитивными нарушениями и у больных ишемическим инсультом без когнитивных нарушений.

Статистически значимых различий состояний когнитивных функций у больных ишемическим инсультом мужского и женского пола выявлено не было ($p>0,05$). При анализе зависимости возникновения когнитивных нарушений от возраста больных ишемическим инсультом было выявлено, что в группе пациентов без когнитивных расстройств достоверно ($p<0,001$) преобладали лица молодого возраста (до 44 лет), в то время как в группе больных с когнитивным дефицитом, наоборот, также сопоставили полученные результаты с доступными данными литературы, посвященными проблеме когнитивных нарушений сосудистого генеза. Были изучены такие факторы риска, как возраст, пол, уровень образования, принадлежность к профессиональной группе, семейное положение, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, психоэмоциональное напряжение, наличие артериальной гипертензии, использование антигипертензивных препаратов, избыточная масса тела, курение, ишемическая болезнь сердца. Факторы риска диагностировали по следующим критериям: курящими считались пациенты со стажем курения

выше был процент пожилых людей (64,9%). При анализе встречаемости (60-74 лет). При сравнении показателя когнитивных нарушений у больных тень частоты уровня образования в ишемическом инсультом, в зависимости от принадлежности к профессиональной группе, было выявлено, что лица без высшего образования в профессиональной группе, было выявлено, преобладали в группе больных с когнитивными расстройствами когнитивными нарушениями встречаются преимущественно у

неработающих пациентов (48,9%). Влияния семейного положения больных ишемическим инсультом на возникновение у них когнитивной дисфункции выявлено не было.

Таблица 1

Частота (в %) факторов риска у больных ишемическим инсультом

Факторы риска	Больные с когнитивными нарушениями	Больные без когнитивных нарушений	P
Пол: мужчин	52,1 ± 7,1	40,0 ± 12,2	>0,05
женщин	47,9 ± 7,4	60,0 ± 10,0	>0,05
Возраст:			
молодой (до 44 лет)	8,5 ± 9,9	32,5 ± 12,9	<0,01
средний (45 - 59 лет)	46,8 ± 7,5	55,0 ± 10,6	>0,05
пожилой (60 - 74 лет)	44,7 ± 7,7	12,5 ± 14,8	<0,01
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям	82,9 ± 4,3	25,0 ± 13,7	<0,01
Избыточная масса тела	52,1 ± 7,1	12,5 ± 14,8	<0,01
Курение	30,9 ± 8,6	7,5 ± 15,2	<0,05
Ишемическая болезнь сердца	81,9 ± 4,4	32,5 ± 12,9	<0,01
Психосоциальное напряжение	80,9 ± 4,5	20,0 ± 14,1	<0,001
Семейное положение: женат/замужем	71,3 ± 5,5	85,0 ± 6,1	>0,05
холост/не замужем	28,7 ± 8,7	15,0 ± 14,6	>0,05
Принадлежность к профессиональной группе:			
физический труд	30,9 ± 8,6	17,5 ± 6,9	>0,05
умственный труд	20,2 ± 9,2	75,0 ± 7,9	<0,001
неработающие	48,9 ± 7,4	7,5 ± 15,2	<0,01
Артериальная гипертензия	96,8 ± 1,8	77,5 ± 7,5 *	>0,05
Прием антигипертензивных препаратов:			
регулярный	3,3 ± 10,3	71,0 ± 9,7	<0,001
от случая к случаю/по потребности	29,7 ± 8,8	25,8 ± 15,5	>0,05
не получают лечения	67,0 ± 6,02	3,2 ± 17,6	<0,001
Локализация очага ишемии:			
вертебро-базиллярный бассейн'	26,6 ± 8,8	87,5 ± 5,6	<0,001
каротидный бассейн	73,4 ± 5,3	12,5 ± 14,8	<0,001
Образование:			
высшее образование	35,1 ± 8,3	52,5 ± 10,9	>0,05
отсутствие высшего образования	64,9 ± 6,1	47,5 ± 11,5	>0,05

Одним из основных факторов риска нарушения. При анализе частоты возникновения когнитивных расстройств у больных ишемическим инсультом с локализацией инсульта у больных с артериальной гипертензией. У артериальной гипертензией, в зависимости от приема антигипертензивных препаратов, в группе больных с когнитивными нарушениями выявлено, что в ишемическом инсультом было зарегистрировано данное заболевание, из когнитивных расстройств был выявлен у больных с когнитивными нарушениями преобладала каротидная локализация инсульта. Прием антигипертензивную терапию от случая к случаю и у тех, кто не получал лечение. Сопоставление показателей частоты когнитивными нарушениями и без когнитивными нарушениями.

(73,4%) в то время как у больных без когнитивного дефицита острое гностически значимые факторы риска нарушения мозгового кровообращения развития когнитивных нарушений у очага ишемии, неконтролируемая чаще возникало в вертебро-базиллярном бассейне (87,5%).

Выводы. Проведенный нами ретроспективный анализ выявил про-

масса тела, курение, ишемическая болезнь сердца, психоэмоциональное напряжение, каротидная локализация артериальная гипертензия, принадлежность к профессиональной группе «неработающие».

сосудистым заболеваниям, избыточная

Литература

1. Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Магомедова А.Р., Атаян А.С. Сердечно-сосудистые заболевания и нарушение когнитивных функций. Профилактика и лечение. РМЖ 2011.
2. Чердак М.А. Биомаркеры нейродегенерации у больных с постинсультными когнитивными нарушениями // Когнитивные и другие нервно-психические нарушения: 2011 г
3. Чердак М.А. Постинсультные когнитивные нарушения // Клиническая геронтология - 2011.
4. Яхно Н.Н., Хомяков Ю.Н. Чердак М.А., Нейрохимические аспекты различных типов постинсультных когнитивных расстройств // Молекулярная медицина. - 2012.
5. Dong Y., Sharma V.K., Chan B.P. et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the MiniMental State Examination (MMSE) for detection of vascular cognitive impairment after acute stroke. J Neurosci 2010.
6. Sundar U., Adwani S. Post-stroke cognitive impairment after 3 months. Ann Indian Acad Neurol 2010.
7. Triantafyllidi H., Tzortzis S., Lekakis J. et al. Association of target organ damage with three arterial stiffness indexes according to blood pressure dipping status in untreated hypertensive patients. Am J Hypertens 2010.

Блинова С.А.,
Камалова М.И.

СОСТОЯНИЕ ЗАЩИТНЫХ СТРУКТУР ЛЕГКИХ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра анатомии, гистологии, эмбриологии, цитологии и ОХТА Самаркандского государственного медицинского института

Защитные механизмы легких увеличения калибра бронха толщина обеспечивают как очищение воздуха, так слизистого слоя, покрывающего и формирование иммунитета. эпителий, возрастает. Толщина слизи стерильность бронхиального дерева и, перилимфатической жидкости регулируется самими ресничками и степенью обуславливает мукоцилиарный клиренс. активности ионного транспорта Он реализуется благодаря наличию жидкости эпителиальными клетками реснитчатого мерцательного эпителия и выстилки воздухоносных путей [32]. Для секреторной системы обеспечения нормального мукоцилиарного клиренса необходима нормальная длина ресничек, нормальная структура их аксоном и базальных телец, а также нормальный состав и толщина околореснитчатой жидкости. Повторные острые инфекции или же раздражающие факторы внешней среды вызывают существенные изменения строения и функции слизистой дыхательных путей, приводят к различным заболеваниям, такие, как острый бронхит, обострение хронической обструктивной болезни легких, некоторые формы бронхиальной астмы, бронхоэктатической болезни, поскольку все они характеризуются изменением показателей эпителиальной выстилки трахеи и главных бронхов у крыс на протяжении 1-го месяца жизни. Через 3-4 нед. отмечен отчетливый рост эпителиоцитов соответственно на 49 и 80% в трахее и на 25-30% - в бронхах по сравнению с показателями у новорожденных. Увеличение длины ресничек идет пропорционально росту толщины пласта, вследствие чего соотношение высоты

мерцательных клеток и длины их ресничек сохраняется в течение 1-го месяца на уровне 0,17- 0,20. Начиная с 3-й недели в обоих отделах воздухопроводящих путей наблюдается снижение частоты биения ресничек на 10-15% по сравнению с новорожденными, при этом биение ресничек приобретает типичную волнообразную форму. Следовательно, в постнатальном развитии выявляются периоды наиболее отчетливых количественных перестроек эпителиальной выстилки воздухоносных путей и мукоцилиарного клиренса [12].

Чрезмерная активация свободнорадикального окисления при патологических процессах, усиливает активность реснитчатого эпителия и повышает скорость мукоцилиарного клиренса [29]. Определение мукоцилиарной недостаточности при лечении бронхиальной астмы имеет прогностическое значение [24]. Экзогенные факторы в первую очередь повреждают эпителиальные клетки: реснитчатые и бокаловидные эпителиоциты. Выраженность повреждений этих клеток зависит от степени тяжести состояния при бронхиальной астме и воспалительных заболеваниях.

[4]. При воздействии токсических веществ на стенки бронхов в них возникают атрофические процессы, деформация, уменьшается просвет. Кроме того происходит метаплазия эпителия и вследствие этого нарушение