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

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ

Кафедра неврологии СамМИ

Одной из актуальных современной клинической является стремительный заболеваемости мозговым инсультом. В инсульт, течение первого года с момента развития физикального обследования больных, психоэмоциональных травм острого или ишемического поражения мозга умирает протоколы ЭЭГ, КТ/МРТ головного хронического характера; избыточную 21%, 3 лет - 31%, 5 лет - 43% больных. мозга, Около 55% бальных с инсультом, выжив- допплерографии магистральных сосудов выше 29; наследственность считали ших к концу 3-го года заболевания, в той головы. В постановке диагноза руко- отягощенной по сердечно-сосудистой или иной мере не удовлетворены водствовались качеством своей жизни. Последствия судистых поражений головного мозга. родственников (родители, родные братья, инсульта - одна из наиболее актуальных Все пациенты проходили тщательный сестры) имелись такие заболевания, как проблем. (1) Вследствие стресса, обусловленного заболеванием, у больных сразу же резко варьировал от 28 до 74 лет. В общей сравнительный ухудшается качество жизни, и возникают выборке из 90 пациентов нами проведено отдельных факторов риска у больных сложные социальнопроблемы трудностями больных связи С адаптации в семье и обществе. Часто определена степень их выраженности, инсультом без когнитивных нарушений. после перенесённого инсульта помимо также изучены факторы риска развития неврологических дефектов у пациентов нарушений когнитивных функций у состояния отмечаются различные высших мозговых .функций: речи, памяти. мышления, Когнитивные нарушения, в том числе факторов на развитие когнитивных возникновения когнитивных нарушений достигающие степени являются из осложнений перенесённого инсульта. Эта неврологического проблема в последние годы привлекает психологического обследования больных достоверно (p<0,001) преобладали лица всё большее внимание исследователей. В ишемическим инсультом с когнитивными молодого возраста (до 44 лет), в то время настоящее время отмечается, что частота нарушениями и больных ишемическим как в группе больных с когнитивным встречаемости постинсультной деменции инсультом без когнитивных нарушений, а дефицитом, наоборот, существенно выше, чем предполагалось также сопоставили полученные резульранее. Однако в практической деятельно- таты с доступными данными литературы, сти данный вариант сосудистой деменции посвященными проблеме когнитивных нередко не распознаётся. (2-3) Считается, нарушений сосудистого генеза Были что перенесенный инсульт увеличивает в изучены такие факторы 4-12 раз риск возникновения деменции. У возраст, больных старше 60 лет этот риск в 9 раз принадлежность к профессиональной выше. Выявление, особенно на ранних группе, стадиях развития, когнитивных отягощенная нарушений, изучение вариантов клинического течения, адекватное и психоэмоциональное своевременное лечение могут значи- наличие тельно улучшить качество жизни как у самого больного, так и у его близких. (6- препаратов, избыточная 7).

развития когнитивных нарушении больных ишемическим инсультом.

Материалы и методы исследования. более 2 лет, а также бросившие курить Материалом исследования проблем индивидуальные карты, истории болезни личества выкуриваемых в день сигарет медицины и амбулаторные карты пациентов, или рост перенесших первый данные субъективного результаты классификацией тяжелого предварительный анамнестический и мозговой инсульт, инфаркт миокарда, этим клинический отбор. Возраст больных сосудистая смерть. В таблице 1 проведен психические исследование когнитивных функций, у 42 ишемическим инсультом с когнитивными нарушения больных ишемическим инсультом. эмоции.(4-5). было проанализировано влияние ряда было (р>0,05). При анализе зависимости деменции, нарушений у больных ишемическим от серьёзных инсультом. Мы сравнили И

пол, уровень образования. семейное положение. наследственность их сердечно-сосудистым заболеваниям, напряжение, гипертензии, артериальной использование антигипертензивных масса тела, курение, ишемическая болезнь сердца. Цель. Изучить факторы риска факторы риска диагностировали но У следующим критериям: курящими считались пациенты со стажем курения

являлись менее 2 лет назад, вне зависимости от копапирос; психоэмоциональное ишемический напряжение определялось в случаях и частых или продолжительных ультразвуковой массу тела отмечали при индексе Кетле со- патологии, если у ближайших кровных частоты при наличии нарушений нарушениями и у больных ишемическим

Статистически значимых различий функций у когнитивных больных ишемическим инсультом Результаты исследований. Нами мужского и женского пола выявлено не возраста больных ишемическим данные инсультом было выявлено, что в группе нейро- пациентов без когнитивных расстройств выше был процент пожилых людей (64.9%). При анализе встречаемости (60-74 лет). При сравнении показа- когнитивных нарушений у бальных теней частоты уровня образования в ишемическим инсультом, в зависигруппах наблюдения было выявлено, мости ог принадлежности к професчто лица без высшего образования сиональной группе, было выявлено, преобладали в группе больных с что когнитивные расстройства 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 когни- тивными наруше- ниями	Больные без ко- гнитивных нарушении	P
Пол: мужчин	53.1 + 7.1	40.0 ± 12.2	. 0.05
·	$52,1 \pm 7,1$ $47,9 \pm 7,4$	40.0 ± 12.2 60.0 ± 10.0	>0,05 >0,05
женщин	47,9 ± 7,4	00,0 ± 10,0	>0,05
Возраст: молодой (до 44 лет)	$8,5 \pm 9,9$	$32,5 \pm 12,9$	<0,01
	6.3 ± 9.9 46.8 ± 7.5	$52,3 \pm 12,9$ $55,0 \pm 10,6$	>0,01
средний (45 - 59 лет)	$40,8 \pm 7,3$ $44,7 \pm 7,7$	$33,0 \pm 10,0$ $12,5 \pm 14,8$	<0,03 <0,01
пожилой (60 - 74 лет)		$12,5 \pm 14,8$ $25,0 \pm 13,7$	*
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям Избыточная	$82,9 \pm 4,3$	25,0 ± 13,7	<0,01
масса тела	52,1 ±7,1	$12,5 \pm 14,8$	<0,01
	30.9 ± 8.6	7.5 ± 15.2	<0,01
Курение Ишемическая болезнь сердца	81,9 ±4,4	$7,5 \pm 15,2$ $32,5 \pm 12,9$	<0,05 <0,01
-	80,9 ±4,5	$32,3 \pm 12,9$ $20,0 \pm 14,1$	<0,01
Психоэмоциональное напряжение	00,9 ±4,5	$20,0 \pm 14,1$	<0,001
Семейное положение: женат/замужем	71,3 ±5,5	85,0 ±6,1	>0,05
холост/не замужем	$28,7 \pm 8,7$	$15,0 \pm 14,6$	>0,05
Принадлежность к профессиональной труп			
пе:			
физический труд	30.9 ± 8.6	$17,5\pm6,9$	>0,05
умственный труд	$20,2 \pm 9,2$	$75,0 \pm 7,9$	<0,001
неработающие	48.9 ± 7.4	7.5 ± 15.2	<0,01
Артериальная гипертензия	$96,8 \pm 1,8$	$77,5 \pm 7,5 *$	>0,05
Прием антигипертензивных препаратов:			
регулярный	$3,3 \pm 10,3$	$71,0\pm 9,7$	<0,001
от случая к случаю/по потребности	$29,7 \pm 8,8$	$25,8 \pm 15,5$	>0,05
не получают лечения	$67,0 \pm 6,02$	$3,2 \pm 17,6$	<0,001
Локализация очага ишемии:			
вертебро-базиллярный бассейн'	$26,6 \pm 8,8$	$87,5 \pm 5,6$	<0,001
каротидный бассейн	$73,4\pm 5,3$	$12,5 \pm 14,8$	<0,001
Образование:			
высшее образование	35,1 ±8,3	$52,5 \pm 10,9$	>0,05
отсутствие высшего образования	$64,9 \pm 6,1$	$47,5 \pm 11,5$	>0,05

Одним из основных факторов риска нарушения. При анализе частоты возник- случаю и у тех, кто не получал лечение. развития когнитивных нарушений у новения когнитивных расстройств у инсультом больных ишемическим инсультом с локализации инсульта у больных с больных ишемическим является артериальная гипертензия. У артериальной гипертензией, в зави- когнитивными нарушениями и без 91.04% осмотренных нами больных симости от приема антигипертензивных когнитивных расстройств, показало, что в процент группе ишемическим инсультом было препаратов, больший зарегистрировано данное заболевание, из когнитивных расстройств был выявлен у нарушениями преобладала каротидная них у 74,6% были выявлены когнитивные пациентов

Сопоставление показателей частоты бальных с когнитивными принимающих локализация инсульта

антигипертензивную терапию от случая к

(73.4%) в то время как у больных без

дефицита

сердца, психоэмоциональное болезнь острое гностически значимые факторы риска напряжение, нарушение мозгового кровообращения развития когнитивных нарушений у очага ишемии, чаще возникало в вертебро- базиллярном больных ишемическим инсультом: артериальная пожилой возраст, отягощенная принадлежность к профессиональной сердечно- группе «неработающие». Выводы. Проведенный нами ре- наследственность

троспективный анализ выявил прососудистым заболеваниям, избыточная

Литература

- Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Магомедова А.Р., Атаян А.С. Сердечно-сосудистые заболевания и нарушение когнитивных функций. Профилактика и лечение. РМЖ 2011.
- Чердак М.А. Биомаркеры нейродегенерации у больных с постинсультными когнитивными нарушениями // Когнитивные и другие нервно-психические нарушения: 2011 г
- Чердак М.А. Постинсультные когнитивные нарушения // Клиническая геронтология 2011.
- Яхно Н.Н., Хомяков Ю.Н. Чердак М.А., Нейрохимические аспекты различных типов постинсультных когнитивных расстройств // Молекулярная медицина. - 2012.
- 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.
- Sundar U., Adwani S. Post-stroke cognitive impairment after 3 months, Ann Indian Acad Neurol 2010.
- 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.

когнитивного

бассейне (87,5%).

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

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

Защитные механизмы обеспечивают как очищение воздуха, так слизистого формирование Стерильность бронхиального дерева и, перицилиарной жидкости регулируется й следовательно, респираторного отдела самими обусловливает мукоцилиарный клиренс. активности реснитчатого мерцательного эпителия и выстилки воздухоносных путей [32]. Для при этом биение ресничек приобретает секреторной трахеобронхиального дерева. Защитная лиарного клиренса необходима нор- Следовательно, в ■ постнатальном реакция со стороны мукоцилиарного мальная длина ресничек, нормальная развитии выявляются периоды наиболее (инфекционной или неинфекционной а также нормальный состав и толщина эпителиальной выстилки воздухоносных природы) заключается в гиперсекреции и околореснитчатой жидкости. Повторные путей и мукоцилиарного клиренса [12]. изменении физико-химических свойств острые инфекции или же раздражающие слизи, скорости ее движения и т.д., факторы внешней среды вызывают суще- норадикального окисления при панаправленных на удаление повре- ственные изменения строения и функции тологических процессах, ждающего агента [15]. Клеточные слизистой дыхательных путей, приводят активность реснитчатого эпителия и реснички погружены в жидкий слой, к различным заболеваниям, такие, как повышает скорость мукоцилиарного покрывающий эпителиальную выстилку острый бронхит, обострение хронической клиренса [29]. Определение мукоцидо основания ресничек и микроворсинок. обструктивной болезни легких, неко- лиарной недостаточности при лечении Своей верхушкой реснички упираются в торые формы бронхиальной астмы, бронхиальной астмы имеет прогелеобразный слой слизи. В участках, где бронхоэктатической болезни, поскольку гностическое значение [24]. Экзогенные слизь отсутствует, глубина жидкого слоя все они характеризуются изменением факторы в первую очередь повреждают соответствует длине ресничек -5-7 мкм, мукорегуляции [15]. при наличии слизи его глубина бывает немного меньше [28]. Слизь появляется показателей эпителиальной выстилки Выраженность повреждений этих клеток на поверхности эпителиальной выстилки трахеи и главных бронхов у крыс на зависит от степени тяжести состояния в результате секреции бокаловидных протяжении 1-го месяца жизни. Через 3-4 при клеток и из белково-слизистых желез в нед. виде капель диаметром 1-2 мкм. эпителиоцитов соответственно на 49 и Концентрированные секрета способны абсорбировать воду, в сравнению с показателями у новорожден- возникают результате чего капли увеличиваются в ных. Увеличение длины ресничек идет деформация, уменьшается размере и принимают форму пластинок, пропорционально росту толщины пласта, Кроме того происходит метаплазия нитевидных структур, дисков. По мере вследствие чего соотношение высоты эпителия и вследствие этого нарушение

слоя. ресничками И ионного системы обеспечения нормального

> Показана динамика количественных бокаловидные отмечен отчетливый

легких увеличения калибра бронха толщина мерцательных клеток и длины их покрывающего ресничек сохраняется в течение 1- го иммунитета. эпителий, возрастает. Толщина слизи месяца на уровне 0,17- 0,20. Начиная с 3недели обоих отлепах степенью воздухопроводящих путей наблюдается транспорта снижение частоты биения ресничек на 10-Он реализуется благодаря наличию жидкости эпителиальными клетками 15% по сравнению с новорожденными, мукоци- типичную волнообразную клиренса на чужеродный материал структура их аксонем и базальных телец, отчетливых количественных перестроек

масса тела, курение, ишемиче- ская

карогидная локализация

неконтролируемая

гипертензия,

Чрезмерная активация свободэпителиальные клетки: реснитчатые и эпителиопиты. бронхиальной рост воспалительных заболеваниях.

[4]. При воздействии токсических гликопротеины 80% в трахее и на 25-30% - в бронхах по веществ на стенки бронхов в них атрофические