

ЧАСТОТА КОГНИТИВНЫХ И НЕКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОБУСЛОВЛЕННЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.М. МАМУРОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Ш.А. РУЗИЕВА, Ш.С. ТУРСУНОВА,
Ж.Т. ЖУРАКУЛОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕЗИЯ БИЛАН КЕЧАДИГАН СУРУНКАЛИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН ЁШЛАРДА КОГНИТИВ ВА НОКОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ УЧРАШИ

М.М. МАМУРОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Ш.А. РУЗИЕВА, Ш.С. ТУРСУНОВА,
Ж.Т. ЖУРАКУЛОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд шаҳри

FREQUENCY OF COGNITIVE AND NON- COGNITIVE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH YOUNG AGE WITH CHRONIC CEREBROVASCULAR DISEASES WITH CONDITIONED ARTERIAL HYPOS AND HYPERTENSION

M.M. MAMUROVA, A.T. DJURABEKOVA, SH.A. RUZIEVA, SH.S. TURSUNOVA, J.T. JURAKULOV
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Цереброваскуляр касалликлар узоқ вақт фақатгина когнитив бузилишлар билан намоён бўлиши мумкин. Текширувларнинг 1/3 қисмидан кўпроғида дисциркулятор энцефалопатиянинг (ДЭ) I босқичида, енгил ва ўртача когнитив бузилишлар I ва II босқичида аниқланди. Хавотир симптомлари сурункали цереброваскуляр патологиясида 92,8% артериал гипертензияга асосланган дисциркулятор энцефалопатия ва эссенциал артериал гипертензия (ЭАГ) асосланган дисциркулятор энцефалопатия II босқичида 89,6% учрайди.

Калим сўзлар: Артериал гипотензия, дисциркулятор энцефалопатия, артериал гипертензия.

Cerebrovascular diseases can for a long time only be manifested by cognitive impairment. More than 1/3 of the examinations revealed discirculatory encephalopathy of the 1 st stage, mild and moderate cognitive impairment appeared in the first and second stages of discirculatory encephalopathy (DE). Symptoms of anxiety in patients with chronic cerebrovascular pathology in 92,8% of cases were observed in stage II stage discirculatory encephalopathy due to arterial hypertension and in 89,6% with second stage discirculatory encephalopathy due to essential arterial hypertension(EAG).

Key words: Arterial hypertension, discirculatory encephalopathy, essential arterial hypertension.

Актуальность: Особенности клинических проявлений дисциркулятор энцефалопатии(ДЭ) определяются мультифакальным характером поражения мозга и преимущественным поражением его глубоких отделов, приводящим к разобщению корковых и подкорковых структур [1, 5, 8, 10]. В результате при ДЭ в наибольшей степени страдает функция лобных долей их связей с подкорковыми и стволовыми отделами. Это предопределяет доминирующую роль когнитивных нарушений (КН) лобного типа и сложных нарушений двигательного контроля клинической картине ДЭ [1, 4, 9]. Артериальная гипертензия (АГ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний, вызывающих поражение головного мозга как органа-мишени с формированием с хронической гипертензивной энцефалопатия. [2, 3, 7]. КН определяются у подавляющего большинства пациентов с ДЭ, причем уже на ранних ее стадиях [6, 11]. Цереброваскулярное заболевание, в том числе достаточно выраженное, может долгое время проявляется только когнитивные нарушения.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находилось 145 пациентов с АГ, из них 45 человек – АГ I степени (при АД 140/90-159/99 мм.рт.ст.), 100 человек - с АГ II степени (при АД 160/100 – 179/109 мм.рт.ст.) и 105 пациентов – с ЭАГ (при АД ниже 100/60 мм.рт.ст в возрасте 25 лет и моложе, АД ниже 105/65 мм. рт. ст. в возрасте старше 30 лет). Средний возраст больных с АГ I и АГ II степени составил 38,3±0,45 года. Средний возраст больных с ЭАГ составил 35,9±0,56 года. Все больные были разделены на две группы в зависимости от состояния артериального давления (АГ и ЭАГ) и степени выраженности дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ I и ДЭ II).

Все пациенты прошли комплексное обследование, при этом использовались следующие методы: стандартный клинический, включавший сбор жалоб и анамнеза заболевания, описание объективного, неврологического статуса, биохимические (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, коагулограмма, липидограмма, креатинин, мочевины крови и др.), ЭКГ, УЗИ сердца, суточ-

ное мониторирование АД, нейрофизиологические (ЭЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга), нейровизуальная (КТ, МРТ головного мозга, МРА), нейропсихологическое тестирование, медикостатический.

Результаты исследования: Для определение наиболее ранних клинических проявлений ДЭ I и ДЭ II у больных молодого возраста обусловленных АГ и ЭАГ, проведена сравнительная характеристика клинических синдромов в изучаемых группах. Клинические синдромы ДЭ I у больных молодого возраста с АГ и ЭАГ представлены в табл. 1.

При сравнение клинических проявлений у больных молодого возраста с ДЭ II выявлено, что у больных с АГ чаще диагностировался инсомнический синдром – 51 (52,6±6,8%) (P=0,05), а в группе больных с ЭАГ чаще диагностировались син-

дром когнитивных нарушений – 57 (85,0±4,7%) (P=0,05). Частота других синдромов при сравнении ДЭ II в группах с АГ и ЭАГ существенно не отличалась (P>0,05). Важным проявлением клинической картины ДЭ являются когнитивные нарушения (КН). Для выявления КН использовали ряд нейропсихологических тестов, результаты которых приведены в таблице 3 и 4.

Из данных таблиц видно, что у 21 (43,7%) пациента с ДЭ I и у 45 (46,4%) пациентов с ДЭ II, обусловленной АГ, выявлены легкие когнитивные нарушения (ЛКН). У 24 (24,4%) пациентов с ДЭ II выявлены умеренные когнитивные нарушения (УКН). Из данных таблицы видно, что у 17 (44,7%) пациентов с ДЭ I и у 45 (67,2%) пациентов с ДЭ II, обусловленной ЭАГ, выявлены легкие КН. У 12 (17,9%) пациентов с ДЭ II выявлены умеренные КН.

Таблица 1.

Клинические синдромы ДЭ I у больных молодого возраста АГ и ЭАГ

№	Синдромы	ДЭ I (АГ), n=48		ДЭ I (ЭАГ), n=38	
		абс. число	P ± ш (%)	абс. число	P ± ш (%)
1	Цефалгический	27	56,3 ± 7,1	21	55,2 ± 8,0
2	Вестибулярный	19	39,6 ± 7,0	19	50,0 ± 8,51
3	когнитивных нарушений	21	43,7 ± 7,1	17	44,7 ± 8,0
4	Астенический	28	58,3 ± 7,1	31	81,5 ± 6,2*
5	Невротический	31	64,5 ± 6,9	29	76,3 ± 6,8
6	Инсомнический	16	33,3 ± 6,8	17	44,7 ± 8,0
7	Дискоординаторный	8	16,7 ± 5,4	6	15,8 ± 5,9

P < 0,05 *

Таблица 2.

Клинические синдромы ДЭ II у больных молодого возраста АГ и ЭАГ

№	Синдромы	ДЭ II (АГ), n=97		ДЭ II (ЭАГ), n=67	
		абс. число	P ± ш (%)	абс. число	P ± ш (%)
1	Цефалгический	72	74,2 ± 4,4	52	77,6 ± 5,7
2	Вестибулярный	81	83,5 ± 4,1	48	71,6 ± 6,5
3	когнитивных нарушений	69	71,1 ± 5,5	57	85,0 ± 4,7*
4	Астенический	31	31,9 ± 8,3	21	31,3 ± 10,1
5	Невротический	41	43,2 ± 7,7	23	34,3 ± 9,8
6	Инсомнический	51	52,6 ± 6,8*	19	28,4 ± 10,3
7	Дискоординаторный	60	61,9 ± 6,2	49	73,1 ± 6,3

P < 0,05 *

Таблица 3.

Когнитивные нарушения у больных молодого возраста с ДЭ I и ДЭ II обусловленной АГ

Тесты	ДЭ I ст., n=21 ЛКН	ДЭ I ст., n=27 без КН	ДЭ II ст., n=45 ЖН	ДЭ II ст., n=24 УКН	ДЭ II ст., n=28 без КН
Тест Мини Ментал MMSE	26,4±0,1*	28,5±0,5	26,9±0,3*	24,5±0,2*	28,6±0,1
Рисование часов	6,5±0,1*	9,5±0,3	8,4±0,3*	5,5±0,2*	9,7±0,1
Запоминание 10 слов	7,7±0,1	8,6±0,5	6,3±0,5*	4,5±0,2*	8,6±0,1
повторение цифр, прямой ряд	44,3±0,4*	56,6±1,7	43,3±0,8*	35,8±0,3*	55,0±0,2
повторение цифр, обратный ряд	35,0±0,4*	47,4±0,7	30,6±0,5*	26,5±0,2*	45,3±0,2

P < 0,001 - *

Когнитивные нарушения у больных молодого возраста с ДЭ I и ДЭ II, обусловленной ЭАГ

Тесты	ДЭ I ст., n=17 ЛКН	ДЭ I ст., n=21 без КН	ДЭ II ст., n=45 ЛКН	ДЭ II ст., n=12 УКН	ДЭ II ст., n=10, без КН
(MMSE)	26,4±0,1*	28,6±0,4	27,0±0,3*	24,6±0,2*	29,0±0,2
Рисование часов	7,5±0,2**	9,2±0,4	8,2±0,3*	5,5±0,2*	10,0±0,2
Запоминание 10 слов	6,5±0,2***	8,5±0,7	6,4±0,6*	4,5±0,2*	9,0±0,2
повторение цифр, прямой ряд	43,4±0,6*	57,3±1,5	51,7±0,7*	34,5±0,5*	57,1±0,3
повторение цифр, обратный ряд	35,4±0,3*	46,5±0,6	41,7±0,6*	26,3±0,3*	46,5±0,4

P<0,001 * P=0,001 **P=0,01***

Следовательно, как легкие, так и умеренные КН сравнительно чаще отмечались у больных с ДЭ II развившейся на фоне ЭАГ. При изучении психоэмоционального состояния пациентов молодого возраста были получены следующие результаты. По данным шкалы тревоги Тейлора, в группе больных с ДЭ I, обусловленной АГ, у 17 (35,4%) человек отмечался средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги, средний балл составил 9,7±0,4, а низкий уровень тревоги в этой группе выявлен у 13 (27%) человек, средний балл - 4,0±0,2. У больных с ДЭ II, обусловленной АГ, по данным ШТ, высокий уровень тревоги выявлен у 30 (30,9%) человек, средний балл - 32,6±0,5; средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги - 42(43,3%) человек, средний балл - 20,3±0,3; средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги - у 18 (18,6%) человек, средний балл - 8,2±0,4. В группе больных с ДЭ I, обусловленной ЭАГ, по результатам ШТ, низкий уровень тревоги выявлен у 13 (34,2%) человек, средний балл составил 3,6±0,2; средней (с тенденцией к низкому) уровень тревоги выявлен у 13 (34,2%) человек, средний балл - 9,4±0,25. В группе больных с ДЭ II, обусловленной ЭАГ, высокий уровень тревоги выявлен у 16 (23,9%) человек, средний балл - 30,25±0,7; средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги - у 30 (44,8%) человек, средний балл - 19,4±0,4; средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги у 14 (20,9%) человек, средний балл - 8,4±0,3.

Симптомы тревоги у пациентов молодого возраста при ДЭ I, обусловленной АГ и ЭАГ, по данным ШТ, представлены на рис. 1. Симптомы тревоги у пациентов молодого возраста при ДЭ II, обусловленной АГ и ЭАГ, по данным ШТ, представлены на рис.2.

При исследовании симптомов тревоги, по шкале Гамильтона, в группе больных с ДЭ I, обусловленной АГ, у 30 (62,5%) человек выявлено наличие симптомов тревоги, средний балл - 14,5±0,4. В группе больных с ДЭ II е 72 (74,2%) человек выявлено иревожное состояния, средний балл - 28,0±0,5; наличие симптомов тревоги выявлено у 18(18,6%) человек средний балл - 11,5±0,3. В группе больных с ДЭ I, обусловленной ЭАГ у 26 (68,4%) человек выявлено наличие симптомов тревоги, средний балл - 12,2±0,3. В группе больных с ДЭ II, обусловленной ЭАГ, у 46 (68,6%) человек выявлено тревожное состояние, средний балл - 26,2±0,3; у 14 (20,9%) человек выявлено наличие симптомов тревоги, средний балл - 10,6±0,3.

Таким образом по данным АГ, наличие симптомов тревоги у пациентов молодого возраста при ДЭ I, обусловленной АГ, (14,5±0,4 баллов), встречалось чаще, чем у пациентов с ДЭ I, обусловленной ЭАГ, (12,2±0,3 балла) (P=0,001).

Тревожное состояние у пациентов в группе с ДЭ II, обусловленной АГ, встречалось чаще (26,2±0,3 балла) (P<0,05).

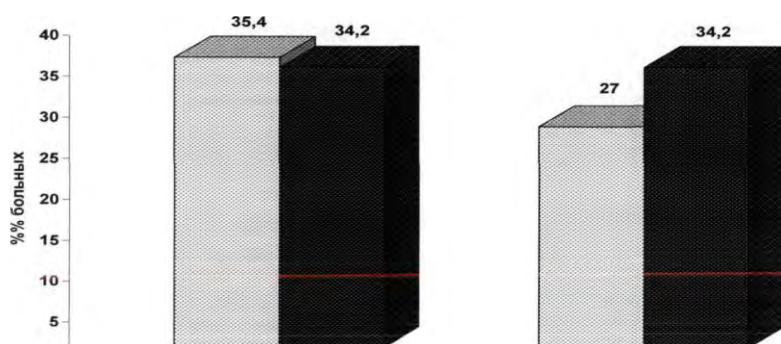


Рис. 1. Уровень тревоги у пациентов молодого возраста при ДЭ I, обусловленной АГ и ЭАГ

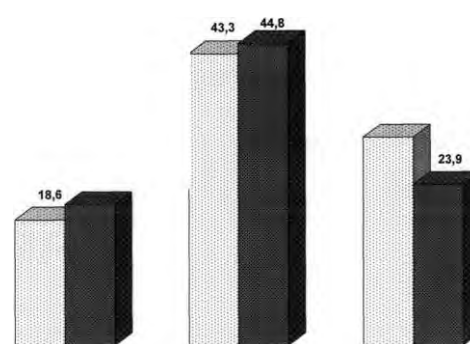


Рис. 2. Уровень тревоги у пациентов молодого возраста при ДЭ II, обусловленной АГ и ЭАГ

Наличие симптомов тревоги в группе больных с ДЭ II, обусловленной АГ, встречалось чаще ($11,5 \pm 0,3$ балла), чем в группе с ДЭ II, обусловленной ЭАГ, ($10,6 \pm 0,3$ балла) ($P < 0,05$).

При сравнении симптомов тревоги в баллах в группах больных с ДЭ I и ДЭ II, обусловленной АГ, выявлено, что у больных с ДЭ I, обусловленной АГ, средний балл составил $5 \pm 0,4$, а у больных с ДЭ II, обусловленной АГ, $11,5 \pm 0,3$. Разность показателей статистически достоверна ($P < 0,001$). Среднее количество баллов по симптомам тревоги в группе больных с ДЭ I, обусловленной ЭАГ, составило $12,2 \pm 0,3$, что выше, чем в группе с ДЭ II, обусловленной ЭАГ, $10,6 \pm 0,3$, ($P < 0,001$). У 7 (7,2%) больных с ДЭ II, обусловленной АГ, по шкале НИИ психоневрологии им. В.М.Бехтерева, была выявлена депрессия, средний балл составил $52,5 \pm 0,6$. У 5 (7,5%) больных с ДЭ II, обусловленной ЭАГ, по ТИБ также была выявлена депрессия, средний балл - $31,2 \pm 0,2$.

Эмоциональная лабильность выявлена у 16 (33,3 $\pm$ 6,8%) больных с ДЭ I и у 19 (19,6 $\pm$ 4,0%) больных с ДЭ II, обусловленной АГ, у 11 (28,9 $\pm$ 7,3%) больных с ДЭ I и у 15 (22,4 $\pm$ 5,0%) больных с ДЭ II, обусловленной ЭАГ.

Вывод: Определено частота и степень тяжести когнитивных и некогнитивных нарушений у пациентов молодого возраста с ХЦВЗ, обусловленными артериальной гипер- или гипотензией. Более чем в 1/3 случаев КН выявлялись на I стадии ДЭ и более чем в 2/3 случаев – на II стадии ДЭ. При этом легкие КН выявлялись на I стадии ДЭ, а легкие и умеренные – на II стадии. Симптомы тревоги выявлены у 2/3 обследованных больных с ХЦВЗ, в 92,8% они встречались при ДЭ II, обусловленной АГ, и в 89,6% – при ДЭ II, обусловленной ЭАГ.

Литература:

1. Воробьева О.В. Эффективность винпопропила в терапии начальных проявлений цереброваскулярной патологии / О.В.Воробьева, Е.С.Тамарова // журн. Неврологии и психиатрии. - 2010. - № 9. С. 39-42.
2. Дамулин И. В. Вторичные деменции (когнитивные расстройства при травматических и опухолевых поражениях головного мозга, при инфекционных и аутоиммунных заболеваниях) // Москва. – 2009. – Т. 31.
3. Особенности показателей суточного мониторинга артериального давления и артериального тонуса у молодых людей с высоким нормальным артериальным давлением / Е.Л.Снигур [и др.] // Рос.кардиол. журн. - 2016. № 6. -С. 8-10.
4. Танашян М.М. Новые подходы к коррекции когнитивных нарушений у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями

5. М.М. Танашян, Д.Ю. Бархатов, Ю.В. Родионова, Р.Н. Коновалов // журн. Неврологии и психиатрии – 2015 № 12 С. 39-42

6. Котова О.В. Сосудистые когнитивные нарушения роль оригинальной комбинации винпропилов коррекции / О.В. Котова, Е.С. Акрачкова // журн. Неврологии и психиатрии. - 2017. - № 15. С. 33-40.

7. Сосудистые когнитивные нарушения роль оригинальной комбинации винпропилов коррекции / О.В. Котова, Е.С. Акрачкова // журн. Неврологии и психиатрии. - 2017. -№ 15. С. 33-40.

8. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science. – 2014. – Т. 76. №. 3-4. – С. 255.

9. Kasimov S. et al. Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia //The International Journal of Artificial Organs. – 2013. №. 8. – С. 548.

10.Sharp S.I. Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review / S.I.Sharp [et al.]. // Int. J.Geriatr. Psychiatry. - 2010. - Vol. 12. - P. 29-32.

11.Fleminger S. Cerebrovascular disorders / S.Fleminger // Lishman ' s Organic Psychiatry: A Textbook of Neuropsychiatry / A.S.David [et al.]. - Singapore, 2009. Ch. 8. - P. 473 - 542.

ЧАСТОТА КОГНИТИВНЫХ И НЕКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОБУСЛОВЛЕННЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.М. МАМУРОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА,
Ш.А. РУЗИЕВА, Ш.С. ТУРСУНОВА,
Ж.Т. ЖУРАКУЛОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Цереброваскулярные заболевания могут долгое время проявляется только когнитивными нарушениями. Более чем 1/3 обследованных выявилась дисциркуляторная энцефалопатия I стадии, легкие и умеренные когнитивные нарушения выявилась в I и II стадии дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). Симптомы тревоги у больных с хронической цереброваскулярной патологией в 92,8% случаях встречались при дисциркуляторной энцефалопатии II стадии обусловленной артериальной гипертензией и в 89,6% при дисциркуляторной энцефалопатии II стадии обусловленной эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ).

Ключевые слова: дисциркуляторной энцефалопатии, эссенциальной артериальной гипертензией, артериальной гипотензией.