

УДК 616-071.6:616.89-008.45:616.12-008.313.2

СТАДНИК С.М.

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

ДОБОВИЙ ПРОФІЛЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ І СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ТА СЕРЕДЬОГО ВІКУ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Резюме. Метою даного дослідження був аналіз зв'язку між добовим профілем артеріального тиску і показниками, що характеризують когнітивні функції в пацієнтів молодого та середнього віку з персистою (пароксизмальною) формою фібриляції передсердь, середній вік $60,4 \pm 2,6$ року, які раніше не лікувалися або одержували лікування нерегулярно, вивчили добовий профіль артеріального тиску і стан когнітивних функцій — пам'яті, уваги та мислення. Контрольну групу становили 44 пацієнти з фібриляцією передсердь і нормальним артеріальним тиском. Встановлено, що в пацієнтів молодого та середнього віку з фібриляцією передсердь і супутньою артеріальною гіпертензією, на відміну від пацієнтів з нормальним артеріальним тиском, відбувається зниження показників когнітивних функцій, що виникає вже при I-му ступені й невеликій тривалості захворювання. Виявлено негативний кореляційний зв'язок між параметрами добового моніторингу артеріального тиску і показниками пам'яті, уваги та мислення. Легкі когнітивні розлади в пацієнтів молодого та середнього віку характерні для фібриляції передсердь і II стадії гіпертонічної хвороби.

Ключові слова: фібриляція передсердь, артеріальна гіпертензія, когнітивна дисфункція, добове моніторингу артеріального тиску.

У даний час серцево-судинні захворювання (ССЗ) посідають перше місце серед причин загальної смертності населення розвинених країн. У цьому списку Україна за рівнем смертності від серцево-судинних ускладнень лідує серед європейських країн. Серед відомих факторів ризику ССЗ фібриляція передсердь (ФП) належить до числа найбільш широко розповсюджених [8, 9].

ФП є провідною проблемою сучасної медицини в силу не тільки великої поширеності, але й визначального внеску в розвиток цереброваскулярних захворювань. У даний час ФП розглядається як фактор ризику розвитку не тільки інсульту, але й когнітивної дисфункції [1, 11]. ФП відіграє важливу роль у розвитку та прогресуванні когнітивних розладів (КР), аж до ступеня деменції. КР у пацієнтів із ФП становлять синдром, обумовлений набутим ураженням головного мозку, що характеризується порушеннями пам'яті та інших когнітивних функцій, включаючи мову, читання, складні цілеспрямовані дії (праксис), орієнтування, впізнання (гнозис), абстрактне мислення. КР, що досягають ступеня деменції, мають стійкий характер і призводять до ускладнень у повсякденному житті, суспільній та професійній діяльності [4, 13, 15]. Однак зазначені зміни є досить грубою патологією й найчастіше наявні в людей старших вікових груп з тривалим анамнезом ФП. У зв'язку з цим ранне

виявлення легких судинних КР, особливо у молодих осіб з ФП, важливе з практичної точки зору, оскільки на цій стадії превентивна терапія — антиаритмічна (ААТ), антигіпертензивна (АГТ) — може виявитися найбільш ефективною [5].

Упровадження в клінічну практику добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) значно розширило можливості діагностики та оцінки ефективності лікування пацієнтів із ССЗ. Багатьма дослідниками виявлений істотний взаємозв'язок між такими показниками ДМАТ, як варіабельність, ранковий приріст, добовий ритм АТ, і ураженням органів-мішеней та частотою розвитку серцево-судинних ускладнень [12, 14, 16].

Особливого значення набувають питання адекватної оцінки стану серцево-судинної системи в осіб молодого й середнього віку. ФП і все, що її супроводжує в осіб даних вікових груп, привертає до себе особливу увагу. Неабиякою мірою це пов'язано з тим, що високі показники АТ мо-

Адреса для листування з автором:

Стадник Сергій Миколайович

E-mail: depor-ss@yandex.ru

© Стадник С.М., 2016

© «Медицина невідкладних станів», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

жуть впливати на здатність якісно виконувати свої обов'язки в повсякденній діяльності [10]. Незважаючи на це, у доступній літературі відсутні відомості про показники ДМАТ та стан пам'яті, уваги, мислення в осіб молодого і середнього віку з ФП.

Отже, оцінка стану когнітивних функцій, їх зв'язок з добовими параметрами АТ і вплив спеціального лікування в пацієнтів молодого та середнього віку з ФП не тільки становить науковий інтерес, але й має велику практичну спрямованість.

Мета дослідження — проаналізувати зв'язок між добовим профілем АТ та показниками, що характеризують когнітивні функції в пацієнтів молодого й середнього віку з персистою (пароксизмальною) формою ФП у поєднанні з артеріальною гіпертензією.

Матеріал і методи дослідження

Усього в дослідження було включено 128 пацієнтів із персистою або пароксизмальною формою ФП віком від 40 до 65 років, середній вік становив $60,4 \pm 2,6$ року. Середня тривалість ФП у цілому по групі становила $3,2 \pm 1,8$ року.

Критеріями включення в дослідження були: вік не старше 65 років; наявність персистою або пароксизмальної форми ФП без постійної ААТ; інформована згода пацієнта на проведення дослідження; відсутність критеріїв виключення.

Критеріями виключення з дослідження були: вік понад 65 років; наявність в анамнезі захворювань центральної нервової системи, будь-які епізоди порушення мозкового кровообігу, травми й контузії головного мозку; наявність тяжкої соматичної патології; зловживання алкоголем; наявність при УЗДГ стенотичного ураження екстракраніальних артерій; відмова пацієнта від початку або продовження дослідження.

Усім пацієнтам проводили добове моніторування АТ (ДМАТ) на апараті InnoCare-S (Угорщина) з визначенням профілю й параметрів АТ [2, 3, 6, 7].

У всіх пацієнтів було проведено вивчення стану когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення) (Лурія А.Р., 1969; Римський Р.Р., 1995; Блум Ф., 1998; Дружинін В.М., 2002; Іванов В.І., 2004; Апчел В.Я., 2004; Смакотіна С.А., 2008; Wechsler D., 1987; Anastasi A., 1997):

— оцінка показників пам'яті: об'єм механічної пам'яті (бали), об'єм смислової пам'яті (бали), тест запам'ятовування безсмыслових складів (бали);

— оцінка показників уваги: обсяг уваги (бали), тест відшукування чисел (с), тест червоно-чорна таблиця (с);

— оцінка показників мислення: складання простих аналогій (бали), складання складних аналогій (бали), формування суджень (бали), комбінаторні здатності (КЗ) (бали), мовне мислення (індукція і абстракція) (бали).

Повторне вивчення показників стану когнітивних функцій проводили через 6 місяців після ААТ та АГТ.

Статистичний аналіз проводили за допомогою пакета прикладних програм Statistica 10.0 з використанням критеріїв Манна — Уїтні й точного критерію Фішера. Для виявлення ступеня взаємозв'язку між досліджуваними показниками розраховували коефіцієнт кореляції Спірмена (r). Вірогідними вважали відмінності показників при $p < 0,05$.

Результати дослідження і їх обговорення

Серед 128 пацієнтів з установленим діагнозом персистою або пароксизмальної форми ФП гіпертонічна хвороба (ГХ) була діагностована у 84 (65,6 %) пацієнтів. ГХ I стадії була в 36 (42,9 %), ГХ II стадії — у 48 (57,1 %) пацієнтів. Артеріальна гіпертензія (АГ) I-го ступеня була в 34 (40,5 %) пацієнтів, 2-го ступеня — у 50 (59,5 %) пацієнтів. Супутні фактори ризику: 70,3 % курили, 62,5 % мали надмірну масу тіла або ожиріння, у 57,0 % виявлено гіперхолестеринемія.

Вивчення стану органів-мішеней та асоційованих клінічних станів у пацієнтів з ФП показало, що гіпертрофія лівого шлуночка була в 57,1 % пацієнтів, гіпертонічна ретинопатія — у 34,5 %, ІХС мали 71,9 % пацієнтів (в основному у вигляді стабільної стенокардії напруження II ФК), цереброваскулярні захворювання зустрічалися в 34,4 % випадків, і в 14,8 % був цукровий діабет II типу.

При проведенні ДМАТ були виявлені підвищені показники систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) АТ, що відповідає тому чи іншому ступеню АГ. Підвищена варіабельність АТ, як САТ, так і ДАТ, відповідно до прийнятих критеріїв була виявлена в 46,1 % пацієнтів. Вивчення добових індексів САТ і ДАТ показало, що тільки 30,9 % пацієнтів з ФП мали добовий профіль АТ dipper, у 59,5 % він був non-dipper і в 9,6 % — over-dipper. Ураження органів-мішеней залежить не тільки від добового ритму АТ, але й від тривалості й вираженості АГ. Дані параметри відображає навантаження тиском, оцінюване за індексом часу (ІЧ) та індексу площі (ІП) АГ. У наших пацієнтів ІЧ САТ і ІЧ ДАТ протягом доби, а також окремо в денний і нічний час перевищували рекомендовані параметри на 30 %, що вказувало на наявність у них підвищеного навантаження АТ і свідчило про стійкий характер гіпертензії. Аналогічні дані були отримані й при оцінці ІП, особливо для ІП САТ вдень (САТд) та ІП ДАТ вночі (ДАТн).

Наявність стійкого підвищення АТ призводить до залучення в патологічний процес органів-мішеней, серед яких важливе місце посідає головний мозок. У даний час ранніми ознаками ураження головного мозку при АГ визнаються легкі та помірні КР.

Вивчення параметрів, що дозволяють оцінити стан когнітивних функцій, показало, що в цілому по групі обсяг механічної пам'яті в пацієнтів із ФП + АГ не відрізнявся від аналогічного показника в осіб з нормальним АТ. Він залишався

нормальним незалежно від віку пацієнтів, тривалості та ступеня АГ і стадії захворювання. Разом з тим обсяг смислової пам'яті й результат тесту запам'ятовування безсмыслових складів у пацієнтів з ФП + АГ виявилися вірогідно нижчим, ніж у контролі (на 26,2 %, $p = 0,007$, і 28,6 %, $p = 0,045$). Вірогідне зниження обсягу смислової пам'яті й результатів тесту запам'ятовування безсмыслових складів спостерігалось в пацієнтів з гіпертонічною хворобою старше від 40 років, при тривалості захворювання понад 5 років, з II ступенем підвищення АТ і II стадією захворювання (табл. 1, 2). Необхідно відзначити, що зниження обсягу смислової пам'яті відбувалося вже при тривалості захворювання менше від 5 років незалежно від віку та ступеня підвищення АТ (табл. 1).

Кореляційний аналіз встановив, що у пацієнтів з ФП мав місце середнього ступеня сили негативний зв'язок між обсягом смислової пам'яті й максимальним САТн ($-0,52$, $p = 0,01$), середнім САТн ($-0,34$, $p = 0,02$) і варіабельністю САТн ($-0,66$, $p = 0,01$), а також варіабельністю ДАТд ($-0,49$, $p = 0,01$), середнім ДАТн ($-0,65$, $p = 0,01$) та ІЧ ДАТн ($-0,44$, $p = 0,01$).

Вивчення показників уваги в цілому по всій групі показало, що хворим із ФП + АГ потрібно було вірогідно більше часу на виконання тесту червоно-чорна таблиця, ніж пацієнтам з нормальним АТ (на 17,2 %, $p = 0,028$).

Так само, як і при оцінці показників пам'яті, на зниження обсягу уваги й збільшення часу в тестах відшукування чисел і червоно-чорна таблиця вірогідний вплив мали тривалість АГ понад 5 років і більш старший вік пацієнтів. Відхилення вказаних параметрів уваги відбувалося тільки в пацієнтів із II стадією ГХ (табл. 1, 2). Разом з тим зниження обсягу уваги порівняно з контролем спостерігали в пацієнтів з АГ тривалістю менше від 5 років (табл. 1), а подовження часу виконання тесту «червоно-чорна таблиця» відбувалося у них незалежно від ступеня підвищення АТ (табл. 2).

Проведений кореляційний аналіз показав, що в даних пацієнтів спостерігався помірної сили негативний кореляційний зв'язок між обсягом уваги й максимальним САТн ($-0,42$, $p = 0,01$), середнім САТн ($-0,34$, $p = 0,02$), ІЧ САТн ($-0,33$, $p = 0,02$) і середнім ДАТн ($-0,32$, $p = 0,02$).

Порівняння показників мислення у пацієнтів із ФП + АГ і нормальним АТ показало: у пацієнтів з ФП + АГ були знижені такі показники, як складні аналогії (СА) — на 24,1 % ($p = 0,03$), комбінаторні здатності — на 20,7 % ($p = 0,017$), а також показники, що характеризують мовне мислення: індукція — на 16,1 % ($p = 0,008$) і абстракція — 46,0 % ($p = 0,0001$). Виявлені відхилення зі сторони показників мислення у пацієнтів з ФП + АГ не залежали від тривалості анамнезу АГ і були вірогідно знижені в пацієнтів з АГ тривалістю як менше

Таблиця 1. Показники когнітивних функцій у пацієнтів із ФП залежно від віку й тривалості АГ

Показники	Пацієнти з ФП + АГ (n = 84)				Пацієнти з ФП і нормальним АТ (n = 44)
	Вік (роки)		Тривалість АГ (роки)		
	< 40 (n = 32)	> 40 (n = 52)	< 5 (n = 38)	> 5 (n = 46)	
Обсяг смислової пам'яті (бали)	6,1 ± 0,3 $p = 0,17$ $p_1 = 0,03$	5,2 ± 0,2 $p = 0,001$	5,9 ± 0,2 $p = 0,013$	5,3 ± 0,2 $p = 0,006$	7,1 ± 0,4
Запам'ятовування безсмыслових складів (бали)	4,4 ± 0,3 $p = 0,52$ $p_1 = 0,018$	3,2 ± 0,2 $p = 0,004$	4,2 ± 0,3 $p = 0,06$	3,5 ± 0,2 $p = 0,045$	5,0 ± 0,4
Обсяг уваги (бали)	4,38 ± 0,50 $p = 0,3$	3,88 ± 0,30 $p = 0,023$	4,24 ± 0,30 $p = 0,05$	3,52 ± 0,30 $p = 0,008$	5,18 ± 0,5
Відшукування чисел (секунди)	50,7 ± 2,1 $p = 0,44$	56,8 ± 2,4 $p = 0,044$	51,1 ± 1,8 $p = 0,37$ $p_1 = 0,009$	58,4 ± 2,8 $p = 0,012$	48,2 ± 2,4
Червоно-чорна таблиця (секунди)	171,2 ± 7,8 $p = 0,2$	191,1 ± 10,9 $p = 0,05$	174,2 ± 7,8 $p = 0,11$	190,6 ± 11,4 $p = 0,05$	157,2 ± 4,8
Складні аналогії	9,2 ± 0,8 $p = 0,17$	8,4 ± 0,6 $p = 0,021$	8,9 ± 1,1 $p = 0,05$	8,6 ± 0,7 $p = 0,046$	10,9 ± 1,1
Комбінаторні здатності	11,3 ± 0,7 $p = 0,13$	9,8 ± 0,6 $p = 0,002$	11,0 ± 0,9 $p = 0,041$	10,4 ± 0,6 $p = 0,014$	13,2 ± 1,2
Індукція	10,4 ± 0,6 $p = 0,05$	10,5 ± 0,7 $p = 0,032$	10,6 ± 0,4 $p = 0,043$	10,5 ± 0,4 $p = 0,05$	12,4 ± 1,1
Абстракція	7,2 ± 0,8 $p = 0,017$	5,4 ± 0,6 $p = 0,0001$	6,8 ± 0,6 $p = 0,0001$	5,3 ± 0,7 $p = 0,0001$	11,4 ± 1,6

Примітки: p — вірогідність відмінностей порівняно з пацієнтами з нормальним АТ; p_1 — вірогідність відмінностей порівняно з пацієнтами віком понад 40 років.

від 5 років, так і понад 5 років (табл. 1). Зниження показників мислення було притаманне пацієнтам з АГ віком понад 40 років. Однак у пацієнтів з АГ до 40-річного віку відбувалося вірогідне зниження показників, що характеризують мовне мислення (індукція та абстракція), порівняно з пацієнтами з нормальним АТ. При оцінці впливу ступеня АГ на стан показників мислення було встановлено, що зниження вказаних параметрів не залежало від ступеня АГ і відбувалося однаково в пацієнтів як з 1-м, так і з 2-м ступенем АГ порівняно з нормотоніками.

Разом з тим зниження показників мислення спостерігали тільки в пацієнтів з II стадією ГХ, за винятком показника абстракція, який був вірогідно, майже в 2 рази, менший в пацієнтів вже з I стадією ГХ порівняно з пацієнтами з нормальним АТ (табл. 2).

Були виявлені негативні, переважно середньої сили, кореляційні зв'язки між максимальними й середніми значеннями САТ і ДАТ у денний і нічний час та різними показниками мислення (максимальний САТд/КЗ = $-0,34$, $p < 0,05$, середній САТд/КЗ = $-0,42$, $p < 0,02$, максимальний САТн/КЗ = $-0,40$, $p < 0,02$, середній ДАТд/КЗ = $-0,43$, $p < 0,01$, максимальний ДАТд/абстракція = $-0,57$, $p < 0,01$). Негативний вплив на показники мислення надавала підвищена варіабельність САТ і ДАТ у денний час (варіабельність САТн/СА = $-0,43$, $p < 0,05$, варіабельність САТн/абстракція = $-0,47$, $p < 0,02$, варіабельність

ДАТн/абстракція = $-0,33$, $p < 0,05$) і навантаження тиском, дещо більшою мірою діастолічним, незалежно від часу доби (ІЧ ДАТ/КЗ = $-0,52$, $p < 0,01$, ІЧ ДАТд/КЗ = $-0,64$, $p < 0,01$, ІП САТд/КЗ = $-0,37$, $p < 0,05$, ІЧ ДАТд/індукція = $-0,40$, $p < 0,01$).

Отже, у пацієнтів молодого й середнього віку з персистуючою (пароксизмальною) формою ФП негативний вплив на параметри пам'яті, уваги і мислення мали як САТ, так і ДАТ, особливо в нічний час. Вивчення параметрів когнітивних функцій показало, що пацієнтам з ФП + АГ, на відміну від осіб з нормальним АТ, потрібно було вірогідно більше часу для виконання запропонованих тестових завдань.

Нормалізація АТ являє собою один з найбільш ефективних напрямків профілактики КР у пацієнтів з АГ. Повторне вивчення показників стану когнітивних функцій через 6 місяців після проведення лікування було здійснено в 76 пацієнтів. ААТ включала: у 69 пацієнтів — аміодарон у дозі 200–600 мг/добу, у 34 — серцеві глікозиди (дигоксин 0,25 мг/добу). АГТ включала інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту або бета-блокатори (ББ). Еналаприл у дозі 10–20 мг/добу отримували 48 пацієнтів, лізиноприл у дозі 10–20 мг/добу — 28 пацієнтів, ББ — 34 пацієнти (метопролол 75–100 мг/добу — 20 і бисопролол 5–7,5 мг/добу — 14). При необхідності додавали гіпотіазид 12,5 мг/добу або індапамід ретард 1,5 мг/добу.

Таблиця 2. Показники когнітивних функцій у пацієнтів з ФП залежно від ступеня підвищення АТ і стадії захворювання

Показники	Пацієнти з ФП (n = 84)				Пацієнти з ФП і нормальним АТ (n = 44)
	Ступінь АГ		Стадія ГХ		
	1-й (n = 34)	2-й (n = 50)	I (n = 36)	II (n = 48)	
Об'єм смислової пам'яті (бали)	5,8 ± 0,4 p = 0,024	5,4 ± 0,3 p = 0,004	6,2 ± 0,4 p = 0,15	5,5 ± 0,2 p = 0,001	7,1 ± 0,5
Запам'ятовування безсмыслових складів (бали)	4,2 ± 0,3 p = 0,32	3,5 ± 0,2 p = 0,012	4,4 ± 0,4 p = 0,33	3,7 ± 0,3 p = 0,025	5,1 ± 0,4
Обсяг уваги (бали)	3,8 ± 0,4 p = 0,08	4,1 ± 0,5 p = 0,07	3,6 ± 0,4 p = 0,14	4,1 ± 0,5 p = 0,007	5,12 ± 0,5
Відшукування чисел (секунди)	55,4 ± 2,6 p = 0,09	54,2 ± 2,2 p = 0,16	48,2 ± 2,1 p = 0,95 p ₁ = 0,005	57,4 ± 2,2 p = 0,012	47,8 ± 2,2
Червоно-чорна таблиця (секунди)	195,6 ± 14,4 p = 0,041	185,8 ± 9,2 p = 0,04	190,0 ± 10,7 p = 0,37	186,0 ± 9,2 p = 0,049	158,4 ± 5,6
Складні аналогії	7,8 ± 0,7 p = 0,02	8,7 ± 0,6 p = 0,075	9,4 ± 0,6 p = 0,22	8,5 ± 0,5 p = 0,014	10,8 ± 1,2
Комбінаторні здатності	11,2 ± 0,8 p = 0,044	10,5 ± 0,6 p = 0,014	11,4 ± 0,7 p = 0,08	10,1 ± 0,6 p = 0,006	13,2 ± 1,0
Індукція	11,2 ± 0,5 p = 0,05	10,8 ± 0,4 p = 0,023	10,7 ± 0,5 p = 0,07	10,5 ± 0,3 p = 0,032	12,2 ± 1,0
Абстракція	5,4 ± 0,6 p = 0,000	5,1 ± 0,5 p = 0,009	6,2 ± 0,8 p = 0,007	5,5 ± 0,5 p = 0,001	11,2 ± 1,2

Примітки: p — вірогідність відмінностей порівняно з пацієнтами з нормальним АТ; p₁ — вірогідність відмінностей порівняно з пацієнтами з II стадією ГХ.

Проведена терапія в цілому по всій групі, незалежно від класу використовуваних препаратів, супроводжувалася вірогідним зниженням САТ і ДАТ. При цьому частка осіб, які досягли цільового рівня АТ, становила 57,5 %.

У цілому по всій групі через 6 місяців лікування покращання досліджуваних показників пам'яті відзначено не було. При оцінці показників уваги мало місце тільки покращання (на 9,2 %) результату виконання тесту червоно-чорна таблиця, що не відрізнявся від такого в осіб з нормальним АТ. Визначення показників мислення виявило зростання комбінаторних здібностей на 12,4 %, що вірогідно не відрізнялися від результатів осіб із початково нормальним АТ.

У зв'язку з цим ми оцінили стан всіх зазначених показників залежно від того, чи було досягнуто цільовий АТ, після 6 місяців АГТ. Цільовий АТ було досягнуто в 49 (56,3 %) пацієнтів із ФП + АГ. У них відбувався вірогідний приріст показників пам'яті в тесті запам'ятовування безсмыслових складів на 18,2 % від вихідного, і він був вірогідно більшим, ніж у пацієнтів з неконтрольованою АГ, та не відрізнявся від результатів нормотоніків. Відзначали збільшення обсягу уваги на 13,1 %, що вірогідно не відрізнялося від показників пацієнтів з нормальним АТ. Їм було потрібно менше часу (на 15,6 %) у тесті червоно-чорна таблиця, цей показник не відрізнявся від нормотоніків і був вірогідно меншим, ніж у пацієнтів без цільового АТ. Поліпшення комбінаторних здатностей відбувалося саме в групі пацієнтів із цільовим АТ. У них же на 29,4 % покращилися показники абстракції, які були вірогідно вищими, ніж у пацієнтів з АТ, що перевищує цільові значення, і вірогідно не відрізнялися від даних осіб з початково нормальним АТ.

Отже, ефективна АГТ і ААТ впливала на показники пам'яті, уваги, мислення в пацієнтів з ФП + АГ. При цьому найбільший ефект був отриманий у пацієнтів з досягнутими цільовими значеннями АТ.

Висновки

1. Серед пацієнтів з персистою (пароксизмальною) формою ФП переважають пацієнти з 1-м і 2-м ступенем підвищення артеріального тиску в поєднанні з великою частотою інших факторів ризику, у першу чергу таких як куріння, надлишкова маса тіла й гіперхолестеринемія.

2. Артеріальна гіпертензія у пацієнтів з ФП характеризується стійким підвищенням систолічного й діастолічного АТ, на що вказують високі індекси навантаження тиском, та порушеннями добового профілю АТ, в основному за типом non-dipper і over-dipper.

3. У пацієнтів з персистою (пароксизмальною) формою ФП у поєднанні з АГ, на відміну від осіб з нормальним АТ, має місце легка когнітивна дисфункція, що проявляється в зниженні окремих показників пам'яті, уваги, мислення, яке виникає

при невеликій тривалості АГ, менше ніж 5 років, та відмічається вже при 1-му ступені АГ і наростають до 2-го ступеня захворювання. Наявність легкого когнітивного дефіциту безпосередньо пов'язано з підвищенням АТ, на що вказує велика кількість кореляційних зв'язків між різними параметрами ДМАТ та показниками стану пам'яті, уваги, мислення.

Список літератури

1. Алехин А.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) / А.Н. Алехин, Е.А. Трифонова, Д.С. Лебедев // Вестник аритмологии. — 2011. — № 63. — С. 45-54.
2. Кобалава Ж.Д. Мониторирование артериального давления: методические аспекты и клиническое значение / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская. — М.: Медицина, 1999. — 234 с.
3. Кобалава Ж.Д. Особенности утреннего подъема артериального давления у больных гипертонической болезнью с различными вариантами суточного ритма / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, В.С. Моисеев // Кардиология. — 1999. — № 39 (4). — С. 23-26.
4. Локшина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / А.Б. Локшина, В.В. Захаров // Неврол. журн. — 2006. — № 11; приложение № 1. — С. 57-64.
5. Матусова А.П. Исследование синусового ритма сердца в кардиологической практике / А.П. Матусова, Н.Н. Боровков. — Н. Новгород, 1999. — С. 34-42.
6. Ольбинская Л.И. Мониторирование артериального давления в кардиологии: Метод. руковод. / Л.И. Ольбинская, А.И. Мартынов, Б.А. Хапаев. — М.: Медицина, 1998. — 56 с.
7. Рогоза А.Н. Суточное мониторирование артериального давления при гипертонии / А.Н. Рогоза, В.П. Никольский, Е.В. Ощепкова. — М.: Медицина, 1998. — 45 с.
8. Суслина З.А. Практическая кардионеврология / З.А. Суслина, А.В. Фоякин, Л.А. Гераскина, В.В. Машин, Е.С. Трунова, В.В. Машин, М.В. Глебов. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2010. — С. 205-207.
9. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике / Н.Н. Яхно // Неврол. журн. — 2006. — № 11; приложение № 1. — С. 4-12.
10. Elias P.K. Blood pressure-related cognitive decline: does age a make difference? / P.K. Elias, M.F. Elias, M.A. Robbins, M.M. Budge // Hypertension. — 2004. — Vol. 44. — P. 631-636.
11. Kannel W.B. Prevalence, incidence, prognosis and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates / W.B. Kannel, P.A. Wolf, E.J. Benjamin // Am. J. Cardiol. — 1998. — Vol. 82 (8A). — P. 2-9.
12. Mancia G. Ambulatory blood pressure is superior to clinic blood pressure in predicting treatment-induced regression of left ventricular hypertrophy / G. Mancia, A. Zanchetti, E. Agabiti // Circulation. — 1997. — Vol. 95. — P. 1460-1470.
13. Ott A. Atrial fibrillation and dementia in a population-based study. The Rotterdam Study / A. Ott, M.M. Breteler, M.C. de Bruyne, F. van Harskamp, D.E. Grobbee, A. Hofman // Stroke. — 1997. — Vol. 28 (2). — P. 316-321.
14. Pickering T. National High Blood Pressure Education Program / T. Pickering // Hypertension. — 1997. — Vol. 1 (1). — 34 p.
15. Sabatini T. Regarding atrial fibrillation and cognitive function in older people / T. Sabatini, G.B. Frisoni, P. Barbisoni, G. Belli, R. Rozzini, M. Trabucchi // J. Am. Geriatr. Soc. — 2000. — Vol. 48. — P. 387-390.
16. Zanchetti A. The role of ambulatory blood pressure monitoring in clinical practice / A. Zanchetti // Am. J. Hypertension. — 1997. — Vol. 10. — P. 1069-1080.

Отримано 28.11.15 ■

Стадник С.Н.

Военно-медицинский клинический центр Западного региона, г. Львов

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Резюме. Целью настоящего исследования был анализ связи между суточным профилем артериального давления и показателями, характеризующими когнитивные функции, у пациентов молодого и среднего возраста с персистирующей (пароксизмальной) формой фибрилляции предсердий в сочетании с артериальной гипертензией. У 128 пациентов с персистирующей (пароксизмальной) формой фибрилляции предсердий, средний возраст $60,4 \pm 2,6$ года, ранее не лечившихся или получавших лечение нерегулярно, изучили суточный профиль артериального давления и состояние когнитивных функций — памяти, внимания и мышления. Контрольную группу составили 44 пациента с фибрилляцией предсердий и нормальным артериальным давлением. Установлено, что у пациентов молодого и среднего возраста с фибрилляцией предсердий и сопутствующей артериальной гипертензией, в отличие от пациентов с нормальным артериальным давлением, происходит снижение показателей когнитивных функций, которые возникают уже при I-й степени и небольшой длительности заболевания. Выявлена отрицательная корреляционная связь между параметрами суточного мониторинга артериального давления и показателями памяти, внимания и мышления. Легкие когнитивные расстройства у пациентов молодого и среднего возраста характерны для фибрилляции предсердий и II стадии гипертонической болезни.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, артериальная гипертензия, когнитивная дисфункция, суточное мониторирование артериального давления.

Stadnik S.M.

Military Medical Clinical Center of the Western Region, Lviv, Ukraine

DIURNAL BLOOD PRESSURE PROFILE AND STATUS OF COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS OF YOUNG AND MIDDLE AGE WITH ATRIAL FIBRILLATION

Summary. The objective of this study was to analyze the relationship between daily blood pressure and indicators of cognitive function in patients of young and middle age with persistent (paroxysmal) atrial fibrillation, mean age 60.4 ± 2.6 years, who were not previously treated or were not treated regularly, we have studied the daily blood pressure and cognitive functions — memory, attention and thinking. The control group consisted of 44 patients with atrial fibrillation and normal blood pressure. It was found that in patients of young and middle age with atrial fibrillation and concomitant hypertension, in contrast to patients with normal blood pressure, there is a decline in cognitive function that occurs even in I degree and short duration of the disease. We have revealed the presence of a negative correlation between the parameters of daily monitoring of blood pressure and indicators of memory, attention and thinking. Mild cognitive impairment in patients of young and middle age are characteristic of atrial fibrillation and stage II hypertension.

Key words: atrial fibrillation, arterial hypertension, cognitive dysfunction, daily blood pressure monitoring.