

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ ТА СУПУТНІЙ ГІПОТИРЕОЗ

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

Вступ. Основними чинниками ризику цереброваскулярної патології і, відповідно, когнітивних порушень судинного ґенезу є артеріальна гіпертензія, атеросклероз церебральних судин, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, ураження щитоподібної залози. Внесок супутньої патології, а саме гіпотиреозу, у розвиток когнітивного дефіциту вивчений недостатньо. Встановлення особливостей когнітивного дефіциту у хворих з коморбідною патологією допоможе розробити нові реабілітаційно-лікувальні програми для зазначеної групи пацієнтів.

Мета. Визначення особливостей когнітивних розладів у хворих на гіпертонічну дисциркульаторну енцефалопатію та супутній гіпотиреоз.

Методи. Проведено клініко-неврологічне обстеження 97 хворих на гіпертонічну дисциркульаторну енцефалопатію (ГДЕ), 60 з яких мали гіпотиреоз. Дослідження когнітивної сфери здійснювалось за допомогою шкали MMSE.

Результати. Після проведеного обстеження у хворих на ГДЕ із супутнім гіпотиреозом достовірно виявлена деменція легкого ступеня важкості ($p < 0,05$). Серед усіх когнітивних функцій за шкалою MMSE у хворих на ГДЕ та супутній гіпотиреоз найбільше страждає пам'ять ($p < 0,001$), сприйняття та лічильні операції ($p < 0,05$) на відміну від хворих без гіпотиреозу.

Висновки. Таким чином, доведено, що супутній гіпотиреоз є достовірним фактором несприятливого перебігу ішемічних церебральних ускладнень (гіпертонічної дисциркульаторної енцефалопатії) за когнітивними змінами.

Ключові слова: гіпертонічна дисциркульаторна енцефалопатія, гіпотиреоз, когнітивні порушення, шкали MMSE, пам'ять, сприйняття, мова, орієнтація.

ВСТУП

Однією з найважливіших проблем сучасної клінічної медицини є судинна патологія головного мозку. Цереброваскулярні захворювання в Україні займають друге місце у структурі загальної смертності населення, поступаючи лише захворюванням серця. Висока поширеність і велика медико-соціальна значущість церебро-васкулярної патології (за останні десять років кількість пацієнтів з церебро-васкулярними захворюваннями в Україні виросла вдвічі та перевищила 8200 чоловік на 100 тис. населення) вимагають продовження їх наукового вивчення [1,2,3]. Одним із найважливіших показників тяжкості хронічної недостатності мозкового кровообігу є когнітивні розлади [4,5,6]. Когнітивні розлади інколи можуть бути єдиною ранньою ознакою хвороби, першим або домінуючим симптомом. Оскільки при цих порушеннях на ранніх стадіях хвороби вибірково страждає одна зі сфер пізнавальної діяльності, хворі, як правило, не зосереджуються на цьому факті. На жаль, когнітивні розлади недооцінюються і лікарями, тому перші симптоми патології дуже часто залишаються невпізнаними. Пізня діагностика та невчасно розпочате лікування сприяють прогресуванню патології, тим самим значно погіршують якість життя

пацієнта та призводить до інвалідизації. Когнітивні функції - складний інтегративний процес обробки зовнішньої інформації, за допомогою якої здійснюється пізнання світу. Ці процеси включають в себе чотири головних взаємодіючих компоненти: 1) сприйняття інформації, увага; 2) обробка та аналіз інформації (гнозис, праксис, мислення, орієнтація, лічильні функції); 3) запам'ятовування та зберігання інформації; 4) обмін інформацією, будівництво та виконання програми дій (психомоторна координація, мова, планування та контроль психічної діяльності).

Про когнітивні порушення говорять тоді, коли має місце погіршення однієї або декількох вищевказаних сфер, співставляючи з преморбідним рівнем, тобто зниження мнестико - інтелектуальних здібностей відносно індивідуальної норми до конкретного чоловіка [7,8,9].

Основними чинниками ризику цереброваскулярної патології і, відповідно, когнітивних порушень судинного генезу, є артеріальна гіпертензія, атеросклероз церебральних судин, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, ураження щитоподібної залози [10].

У більшості робіт, присвячених вивченню когнітивних порушень при цереброваскулярній патології, досліджувалася роль артеріальної гіпертензії та церебрального атеросклерозу у їх виникненні. Внесок супутньої патології, а саме ураження щитоподібної залози з порушеннями її функції у вигляді гіпотиреозу, у розвиток когнітивного дефіциту вивчений недостатньо. Встановлення цих особливостей дозволило б оптимізувати лікувально-реабілітаційні програми для зазначених груп пацієнтів, передусім у контексті своєчасної корекції когнітивних розладів.

Мета дослідження – визначити особливості когнітивних розладів у хворих на гіпертонічну дисциркуляторну енцефалопатію (ГДЕ) та супутній гіпотиреоз.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено клініко-неврологічне обстеження, що включало оцінку когнітивної сфери, у 97 хворих на гіпертонічну дисциркуляторну енцефалопатію віком від 42 до 66 років (середній вік $58,2 \pm 0,91$ роки). Серед обстежених хворих - 88 (90,7%) жінок і 9 (9,3%) чоловіків. Всі хворі з ГДЕ були поділені на дві групи. У першу групу увійшли пацієнти (60 осіб), які мали супутній гіпотиреоз. Другу групу склали 37 осіб з ГДЕ без гіпотиреозу. Дев'ять із обстежених пацієнтів першої групи (15%) мали ДЕ першого ступеню, решта - другого ступеню (85%). 37 осіб першої групи (61,6%) мали гіпертонічну хворобу другого ступеня, решта – першого ступеня (38,4%). П'ять із обстежених пацієнтів другої групи (13,5%) мали ДЕ першого ступеню, решта - другого ступеню (86,4%). Тридцять осіб першої групи (81,1%) мали гіпертонічну хворобу другого ступеня, решта – першого ступеня (18,9%). Розподіл груп за неврологічною патологією – ГДЕ - був статистично однорідним в обох клінічних групах.

Пацієнти основної групи мали супутню патологію щитоподібної залози у вигляді: 39 осіб - аутоімунний тиреоїд з порушенням функції у вигляді гіпотиреозу, 12 - спонтанний гіпотиреоз, 9 – післяопераційний гіпотиреоз.

Дослідження когнітивної сфери здійснювалось за допомогою шкали MMSE (Mini Mental State Examination; M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh, 1975), що складається з ряду субтестів, які дозволяють швидко й ефективно оцінити орієнтування в часі, на місці, сприйняття, увагу, стан короткотривалої та довготривалої пам'яті, функцію мови, гнозису та праксису. Сума балів за субтестами становить загальний бал MMSE. Даний тест являє собою скринінговий інструмент для оцінки когнітивних здатностей [11,12].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Скарги на погіршення пам'яті, концентрації уваги, труднощі при виконанні розумової роботи, порушення зорово-просторової орієнтації та скарги астеничного характеру серед осіб на ГДЕ дуже поширені. Хворі на ГДЕ скаржились на погіршення пам'яті у 29,73%, зниження працездатності – 56,78%, загальну слабкість – 62,16%, втомлюваність – 43,24%, зниження концентрації уваги - 14,32%. В той же час хворі на ГДЕ та супутній гіпотиреоз активно скаржились на погіршення пам'яті – 45,0%, зниження працездатності – 71,76%, загальну слабкість – 73,33%, втомлюваність - 58,33%, зниження концентрації уваги - 21,76%. За градацією тяжкості у хворих I групи зниження пам'яті оцінювалося ними як незначне у 1,6%, помірне — 5%, значне — 38,3%. У II групі — 8,1%, 8,1%, 13,5% відповідно. Хворі I групи відзначали порушення пам'яті після психічного та фізичного перенавантаження.

Після проведення нейропсихологічного тесту за шкалою MMSE у хворих на ГДЕ із супутнім гіпотиреозом достовірно виявлена деменція легкого ступеня важкості ($p < 0,05$) та відсутність когнітивних порушень ($p < 0,001$) у порівнянні з хворими без супутнього гіпотиреозу, що відображено в табл.1.

Таблиця 1

Частота когнітивних порушень різного ступеня вираженості у хворих на ГДЕ з гіпотиреозом та ГДЕ н, (%)

| Показник (в балах) | ГДЕ з гіпотиреозом (n=60), n (%) | ГДЕ без гіпотиреозу (n=37), n (%) |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| Деменція помірного ступеня важкості за шкалою MMSE (11-19) | 2(3,33) | 2(5,4) |
| Деменція легкого ступеня важкості за шкалою MMSE (20-23) | 25(41,66) * | 7(18,92) |
| Когнітивні порушення за шкалою MMSE (24-27) | 30(50) | 16(43,24) |
| Норма, порушення когнітивних функцій відсутні за шкалою MMSE (28-30) | 3(5) ** | 12(32,43) |

Примітки: * - достовірна різниця ($p < 0,05$) між показниками обох груп; ** - достовірна різниця ($p < 0,001$) між показниками обох груп.

Згідно з дослідженням, загальний показник когнітивної продуктивності за шкалою MMSE у першій групі достовірно гірший ($p < 0,001$), ніж у другій групі (табл. 2).

В процесі проходження тесту у хворих першої групи спостерігали більш швидко втомлюваність, зниження концентрації уваги, певним чином погіршення розумової діяльності, ніж у хворих другої групи. У більшості хворих першої групи до закінчення тестування зростала тривалість паузи, що свідчить про підвищену втомлюваність, нестійку увагу та виснаженість. Таким чином, при оцінці нейропсихологічного статусу у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію та супутній гіпотиреоз була виявлена тенденція до зниження уваги та рахування, а також достовірно порушення пам'яті ($p < 0,001$), лічильних операцій та сприйняття ($p < 0,05$).

Когнітивні функції за шкалою MMSE

| Показники (в балах) | ГДЕ з гіпотиреозом (n=60) M ± m, бали | ГДЕ без гіпотиреозу (n=37) M ± m, бали |
|--|---------------------------------------|--|
| Орієнтація (0-10) | 9,80± 0,06 | 9,89± 0,05 |
| Пам'ять (0-6) | 1,62± 0,09** | 2,24 ± 0,12 |
| Лічильні операції (0-5) | 1,92 ±0,10* | 2,27± 0,13 |
| Сприйняття (0-3) | 2,48± 0,09* | 2,86 ± 0,06 |
| Мова (0-3) | 2,95 ± 0,03 | 2,92± 0,05 |
| Загальний показник когнітивної продуктивності (0-30) | 24,08± 0,31** | 25,76 ± 0,36 |

Примітки: * - достовірна різниця (p<0,05) між показниками обох груп; ** - достовірна різниця (p<0,001) між показниками обох груп.

ВИСНОВКИ

Доведено, що супутній гіпотиреоз є достовірним фактором несприятливого перебігу ішемічних церебральних ускладнень (гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії) за когнітивними змінами. Серед усіх когнітивних функцій за шкалою MMSE у хворих на гіпертонічну дисциркуляторну енцефалопатію та супутній гіпотиреоз найбільш страждає пам'ять (p<0,001), сприйняття та лічильні операції (p<0,05) на відміну від хворих на ГДЕ без гіпотиреозу, що обгрунтовує необхідність оптимізації профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів.

Література

1. Міщенко Т.С. Епідеміологія неврологічних захворювань в Україні. *Нейро News*. 2008, 3: 76-78.
2. Гайдаєв Ю.О. Розробка і впровадження Державної програми профілактики та лікування серцево-судинної патології і судинно-мозкової патології. *Укр. кардіол. журн*. 2007, 4: 8-12.
3. Jefferson A., Benjamin E. Cardiovascular disease, cognitive decline and dementia. *Vascular cognitive impairment in clinical practice*. Ed by L. Wahlung, T. Erkinjuntti, S. Gauthier. Cambridge. 2009: 166-177.
4. Левин О.С. Когнитивные нарушения в практике невролога. М. 2006.
5. Левин О.С., Голубева Л.В. Когнитивные расстройства. Гетерогенность умеренного когнитивного расстройства: диагностика и терапевтические аспекты. *Consilium Medicum*. 2006, 8 (2): 106.-112.
6. Ромазина Т.А., Саютина С.Б. Когитивные нарушения у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. *Актуал. Вопр. Клин. и эксперим. медицины*. 2008: 118-119.
7. Olof Edhag and Project Group. Dementia – Etiology and Epidemiology. *A Systematic Reviv*. 2008, 1.
8. Paul Robert H., Cohen Ronald, Ott Brian R., Salloway Stephen. *Vascular Dementia. Cerebrovascular Mechanisms and Clinical Management*. 2008.

9. Waldemar G., Dubois B., Emre M. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. Eur. J. Neurol. 2007, 14: 1-26.
10. Фоякин А.В., Гераскина Л.Ф. Артериальная гипертензия, церебро-васкулярная патология и сосудистые когнитивные расстройства. Актуальные вопросы: Краткое руководство для врачей. М. 2006.
11. Белова А.Н., Щепетов О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор. 2002.
12. Folstein M., Forstein S., McHugh P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. J. Psychiatr. Res. 1975, 12: 189-198.

Е.В. Литвин

Когнитивные нарушения у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующим гипотиреозом

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД, Киев

Вступ. Основными факторами риска цереброваскулярной патологии, и соответственно когнитивных нарушений сосудистого генеза является артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов головного мозга, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, поражения щитовидной железы. Роль сопутствующей патологии, а именно гипотиреоза, в развитии когнитивных нарушений изучен недостаточно. Определение особенностей когнитивных нарушений у больных с коморбидной патологией поможет разработать новые программы профилактики и лечения для указанной группы больных.

Цель. Определить особенности когнитивные расстройства у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующим гипотиреозом.

Методы. Проведен клиничко-неврологічний огляд 97 больних с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией (ГДЭ), 60 из которых имели гипотиреоз. Исследование когнитивных функций проводилось по шкале MMSE.

Результаты. После проведенного обследования у больных с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом достоверно обнаружена деменция легкой степени ($p < 0,05$). Среди всех когнитивных функций по шкале MMSE у больных с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом больше всего страдает память ($p < 0,001$), восприятие и счет ($p < 0,05$) в отличие от больных без гипотиреоза.

Выводы. Таким образом, доказано, что сопровождающий гипотиреоз является неблагоприятным фактором развития ишемических церебральных осложнений (гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии) по когнитивным нарушениям.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, гипотиреоз, когнитивные нарушения, шкала MMSE, память, восприятие, речь, ориентация.

O. V. Lytvyn

Cognitive disorders in patients with hypertensive discirculatory encephalopathy and concomitant hypothyroidism

State Scientific Institution "Research and Practice Centre for Preventive and Clinical Medicine", State Directorate for Affairs, Kyiv

Introduction. The main risk factors that cause cerebrovascular pathologies and, therefore, the cognitive impairments of vascular genesis are arterial hypertension, cerebrovascular atherosclerosis, diabetes mellitus, coronary heart disease, lesions of the thyroid gland. The influence of co-morbidities, such as hypothyroidism, on the development of cognitive deficits is not studied enough. Determining the features of cognitive deficit in patients with co-morbidities can help to develop new rehabilitation and curative programs for the mentioned group of patients.

Aim. To determine the characteristics of cognitive impairments in patients with hypertensive discirculatory encephalopathy and concomitant hypothyroidism.

Methods. 97 patients with hypertensive discirculatory encephalopathy (HDE), among them 60 patients with hypothyroidism, underwent clinical and neurological examination. The cognitive disorders were studied by the MMSE scale.

Results. Having examined the patients with hypertensive discirculatory encephalopathy associated with hypothyroidism we detected evident mild dementia ($p < 0,05$). According to the MMSE scale in the patients with hypertensive discirculatory encephalopathy associated with hypothyroidism, among all cognitive functions, the indices of memory ($p < 0,001$), perception and counting operations ($p < 0,05$) were worse than those in the patients without hypothyroidism.

Conclusion. Thus, the concomitant hypothyroidism is proved to be a significant factor of the unfavourable clinical course of ischemic cerebral cognitive disorders (hypertensive discirculatory encephalopathy).

Key words: hypertensive discirculatory encephalopathy, hypothyroidism, cognitive disorders, the MMSE scale, memory, perception, language, orientation.

© Н.А. МИРЗАБАЄВА, 2013

Н.А. Мирзабаєва

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЯВЛЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, Киев,

Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова, Алматы

Вступление. Последние публикации, касающиеся функциональных заболеваний органов пищеварения (ФЗОП), свидетельствуют о том, что заболеваемость ими продолжает беспрестанно возрастать. Многие исследователи считают, что, вопреки тому, что на сегодняшний день довольно широк арсенал лечебных мероприятий, заболеваемость