

5. Матвеева, Е.Л. Биохимические изменения в синовиальной жидкости при развитии дегенеративно-дистрофических процессов в коленном суставе: автореф. дис. ... д-ра биол. наук / Е.Л. Матвеева. – Тюмень, 2007. – 44 с.
6. Павлова, В.Н. Синовиальная среда суставов / В.Н. Павлова. – М.: Медицина, 1980. – 296 с.
7. Редин, В.А. Острый реактивный травматический воспалительный процесс в коленном суставе (патогенез, клиника, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Редин. – М., 1982. – 29 с.
8. Синовиальная жидкость [Электронный ресурс] <<http://w.w.w.pravovik.com>>(16.03.2012).
9. Травматология: национальное руководство / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. – 808 с.
10. Шишкин, В. И. Зависимый от pH механизм трансформации энергии в клетках синовиальной жидкости при остеоартрозе коленного сустава и нормализующее влияние на него хондроитинсульфата / В. И. Шишкин // Терапевтический архив. – 2005. – Т. 77. № 10. – С. 79-82.
11. Amin A.K., Huntley J.S., Simpson A.H.R.W., Hall A.C. Chondrocyte survival in articular cartilage: the influence of subchondral bone in a bovine model // Bone Joint Surg. Br. – 2009. – May. – P. 691-699.
12. Nishino T., Chang F., Ishii T., Yanai T., Mishima H., Ochiai N. Joint distraction and movement for repair of articular cartilage in a rabbit model with subsequent weight-bearing // Bone Joint Surg. Br. – 2010. – July. – P. 1033-1040.
13. Patel S., Rodriguez-Merchan E.C., Haddad F.S. The use of fibrin glue in surgery of the knee // Bone Joint Surg. Br. – 2010. – October. – P. 1325-1331.
14. Stafford G., Akmal M., Mitchell-Hynd C., Skinner J., Benley G. Synovial fluid pH as an indicator of infected joint arthroplasty // Orthopaedic World Literature Society Journal [Электронный ресурс] <<http://w.w.w.orthoteers.com>>(28.04.2013).

**Долгова И.Н.**

Доцент, кандидат медицинских наук, Ставропольский государственный медицинский университет

### **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

*Аннотация*

*Проведено изучение психоэмоционального состояния, распространенности и степени тяжести когнитивных нарушений у больных молодого возраста, страдающих артериальной гипертензией. Полученные результаты позволяют оценить влияние артериальной гипертензии в развитие неврологических расстройств и оптимизировать оказание медицинской помощи данной категории больных.*

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, когнитивные и психоэмоциональные нарушения.

**Dolgova I.N.**

Associate professor, candidate of medical science, Stavropol State Medical University

### **NEUROLOGICAL DISORDERS IN YOUNG PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENTION**

*Abstract*

*Psychoemotional condition and cognitive disorders of young patients with arterial hypertension was learning by hospital. Results we took help us to check arterial hypertension with neurological disorders and improve medical help is this case of our patients.*

**Keywords:** arterial hypertension, cognitive and psychoemotional disorders.

Артериальная гипертензия (АГ) относится к одному из наиболее частых факторов риска хронических цереброваскулярных заболеваний. В последние десятилетия отмечена тенденция к учащению диагностирования данной патологии среди пациентов молодого возраста, что обусловлено, как наследственными факторами, так и социально-экономическими причинами современного общества [1,4,5]. АГ сопровождается медленно прогрессирующим поражением головного мозга, на фоне которого формируются неврологические расстройства различной степени выраженности. Среди неврологических расстройств выделяют общемозговые и очаговые симптомы, психоэмоциональные и когнитивные нарушения (КН), ведущие к временной и стойкой утрате трудоспособности населения, что указывает на необходимость изучения данной проблемы, своевременной диагностики и профилактики цереброваскулярной патологии [2,3,6,7].

Целью настоящего исследования явилось изучение психоэмоционального статуса и КН у больных молодого возраста, страдающих АГ.

Обследование проведено на базе городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополя. Обследовались пациенты терапевтического и неврологического отделений с АГ I и АГ II стадий с наличием церебральных жалоб. Использовались следующие методы: клиничко-биохимический, ЭКГ, суточное мониторирование АД, КТ, МРТ головного мозга, МРА сосудов головного мозга, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головного мозга, медико-статистический. При проведении нейропсихологического тестирования использовали тест запоминания 10 слов, тест рисования часов, тест повторения цифр, тест мини-ментал, личностную шкалу проявлений тревоги Тейлора, шкалу Гамильтона.

Проведено обследование 145 пациентов в молодом возрасте (18-45 лет), из которых было 45 человек с АГ I степени и 100 человек с АГ II степени. Мужчины преобладали в возрасте 41-45 лет – 36 (48,6 ± 5,8%) и 36-40 лет – 14 (18,9 ± 4,5%) человек, женщины – в возрасте 41-45 лет – 49 (69,0 ± 5,4%) человек (P<0,001). При анализе клиничко-инструментальных данных диагноз дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) I стадии был установлен у 48 (33,1%) человек, а ДЭ II стадии – у 97 (66,9%) человек. Изучение анамнеза и клинической симптоматики выявило, что у обследованных пациентов с ДЭ II стадии чаще отмечались хронические цефалгии – у 72 (74,2 ± 4,4%) человек (P<0,05), вестибулярные расстройства – у 81 (83,5 ± 4,1%) человек (P<0,001), дискоординаторные – у 60 (61,9 ± 6,2%) человек (P<0,001), когнитивные нарушения – у 69 (71,1 ± 5,5%) человек (P<0,01), а у больных с ДЭ I стадии чаще отмечались астенический синдром – у 28 (58,3 ± 7,1%) человек (P<0,05) и невротический синдром – у 31 (64,5 ± 6,9%) человек (P<0,05). Отмечено, что выраженность цефалгического, вестибулярного синдромов и когнитивных нарушений нарастала при продолжительности заболевания более 5 лет (P<0,001).

По результатам проведенного нейропсихологического тестирования выявлено, что у 21 (43,7%) человек с ДЭ I стадии и у 45 (46,4%) человек с ДЭ II стадии отмечались легкие когнитивные нарушения, а у 24 (24,7%) человек с ДЭ II стадии – умеренные когнитивные нарушения.

При изучении психоэмоционального состояния молодых пациентов страдающих АГ, получены следующие результаты. По данным шкалы тревоги Тейлора, в группе больных с ДЭ I стадии у 17 человек (35,4%) 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 стадии выявлен высокий уровень тревоги у 30 (30,9%) человек, средний балл – 32,6 ± 0,5, средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги – у 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.

По данным УЗДГ сосудов головного мозга выявлены следующие нарушения: асимметрия скорости кровотока по позвоночным артериям, повышение сосудистого тонуса, усиление скорости кровотока по позвоночным и надблоковым артериям, начальные признаки снижения эластичности сосудов головного мозга, повышение циркуляторного и периферического сопротивления в

бассейне позвоночной и внутренней сонной артерий. Выявленные изменения были наиболее выраженными у больных с ДЭ II стадии.

По данным нейровизуальных методов исследования – КТ и МРТ головного мозга и МРА, у больных с АГ I и II степени выявлены легкая атрофия лобной у 28(19%) человек, теменной области у 21(14%) человека, внутренняя гидроцефалия у 43(30%), гипоплазия позвоночных артерий у 17(12%) человек.

Проведенное исследование выявило ряд неврологических расстройств у больных молодого возраста, страдающих АГ I и II степени. Показаны наиболее характерные клинические проявления хронических цереброваскулярных нарушений при ДЭ I и II стадий. Выявлена распространенность и степень тяжести когнитивных нарушений и психоэмоциональных изменений у обследуемых больных. В основе выявленных неврологических нарушений лежали изменения церебральных сосудов и не грубые нейровизуальные изменения. Таким образом, пациентам молодого возраста, страдающим АГ, показана профилактика цереброваскулярной патологии на самых ранних стадиях развития данной патологии.

#### Литература

1. Ан Р.Н. Прогностическая значимость артериальной гипертензии в формировании гипертонической болезни у юношей // Военно-мед. журнал. – 2—3. - № 3. – С. 41-43.
2. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Особенности эмоционально-когнитивной оценки ощущений у больных с неврологическими заболеваниями. // Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. - № 3. – С. 15-22.
3. Дадашева М.Н., Касаткин Д.С., Вишнякова Т.И и др. Когнитивные расстройства у больных артериальной гипертензией: ранняя диагностика, возможности оптимизации фармакотерапии // Consilium medicum. - 2011. - Том 13. № 9. – С. 32-36.
4. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение: метод. реком. – М., 2005. – 43с.
5. Кадыков А.С. Особенности нарушений мозгового кровообращения в молодом возрасте // Рос. мед. журнал. - 2006. - № 4. – С. 254-257.
6. Чуканова Е.И. Актуальные вопросы диагностики и лечения хронической ишемии мозга у больных с артериальной гипертензией // Consilium medicum. - 2012. - Том 13. № 2. – С. 58-63.
7. O'Brien J.T., Erkinjuntti T., Reis-berg B. et al. Vascular cognitive impairment // Lancet Neurology. – 2003. - № 2. – p. 89-98.

#### Лейнова Е.В.<sup>1</sup>, Жилина А.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Врач-эндокринолог, НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД», городской эндокринологический центр, <sup>2</sup>ассистент, кандидат медицинских наук, Ярославская государственная медицинская академия, кафедра терапии педиатрического факультета

#### ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ, И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

#### Аннотация

*Оценка частоты встречаемости фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточности при тиреотоксикозе в разных возрастных группах пациентов, при разной длительности течения тиреотоксикоза, и возможности обратного развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы при данной патологии щитовидной железы.*

**Ключевые слова:** тиреотоксикоз, сердечно-сосудистые осложнения, фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность

#### Leynova E.V.<sup>1</sup>, Zhilina A.N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Endocrinologist, MSH Road Clinical Hospital of Art. Yaroslavl OJSC "Russian Railways", Endocrinology city center, <sup>2</sup>Assistant Professor, PhD, Yaroslavl State Medical Academy, Department of Pediatric Therapy Department

#### FACTORS CONTRIBUTING TO THE DEVELOPMENT OF CHANGES IN CARDIO - VASCULAR SYSTEM IN THYROTOXICOSIS, AND HOW TO CORRECT THEM

#### Abstract

*Estimation of the incidence of atrial fibrillation, congestive heart failure in thyrotoxicosis in different age groups of patients with different duration of flow of hyperthyroidism, and the possibility of the return of complications of the cardiovascular system in this pathology of the thyroid gland.*

**Keywords:** hyperthyroidism, cardiovascular complications, atrial fibrillation, congestive heart failure

Сердечно – сосудистая патология до сих пор является самой частой причиной смерти, инвалидности, изменения качества жизни людей в мире и в России в частности. Фибрилляция предсердий (ФП) и хроническая сердечно – сосудистая недостаточность (ХСН) – являются самыми сложными в лечении и профилактике, а также одни из самых экономически затратных среди сердечно-сосудистых заболеваний. В работах, посвященных изучению ФП, эта патология описана, как новая сердечно – сосудистая эпидемия [8], указывается, что за последние 50 лет частота распространения увеличилась в 2,5 раза. По данным Фремингемского исследования у пациентов с ФП в 1,5 - 2 раза более высокий риск смерти по сравнению с общей популяцией, у 5% ежегодно возникают нарушения мозгового кровообращения (в 2 – 7 раз чаще, чем у лиц без ФП). Выявление ФП наиболее часто происходит при наличии ее устойчивых клинически явных форм, а транзиторные и асимптоматические случаи часто не диагностируются из – за отсутствия явных клинических симптомов. По международной классификации болезней (МКБ от 1995 г.) изменения сердечно – сосудистой системы при тиреотоксикозе трактуются, как «тиреотоксическая болезнь сердца» (кардиомиопатии при болезнях, классифицируемых в других рубриках, I.43.8). Именно осложнения при тиреотоксикозе со стороны сердечно-сосудистой системы определяют в большинстве случаев прогноз, тяжесть данного состояния, трудоспособность пациентов. Эпидемиология тиреотоксического поражения сердца до сих пор изучена недостаточно. Так по данным ЭНЦ[6] распространенность тиреотоксического поражения сердца 6,1%, ФП – 4,8%. По данным других авторов ФП при тиреотоксикозе (Т) встречается до 15 % случаев, ХСН – от 7 до 25. Хорошо изучено, что при Т создаются все условия для изменения структуры сердца с развитием его дистрофии, изменения диастолической функции, изменение размеров полостей сердца, а затем и с дисфункцией левого желудочка.

**Цель работы.** Оценить частоту встречаемости ФП, ХСН при Т в разных возрастных группах, при разной длительности течения Т, возможность их обратного развития.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 340 пациентов в возрасте от 21 года до 68 лет (23,8% муж. - 81/340, 76,2% жен. -259 /340). Временной срез – 2007-2010гг. Все пациенты жители г. Ярославля и Ярославской области. Анализ проводился на основании данных амбулаторных карт, историй болезни, при общении с пациентами. Критерии включения: наличие Т в результате болезни Грейвса - Базедова (ГБ), узлового токсического (УТЗ) или многоузлового токсического зоба (МТЗ). Критерии исключения: инфаркт миокарда, другие ССЗ в анамнезе (ревматическая болезнь сердца, дилатационная кардиомиопатия), другие состояния, сопровождающиеся Т (подострый тиреоидит, ятрогенный тиреотоксикоз в результате избыточного приема тиреоидных гормонов), злоупотребление алкоголем. Из лабораторных методов использовался иммуноферментный метод определения уровня гормонов : св. Т4( норма 10 – 27 пмоль/мл), св. Т3( норма 2,2 – 6,4пмоль/мл), ТТГ ( норма 0,32 – 5,0 МкМе/мл), УЗИ щитовидной железы, эхокардиоскопия проводились на ультразвуковом сканере «Philips En Visor», оценивались размеры левого предсердия (ЛП) (норма до 40 мм), наличие диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) оценивалась на основании