

О КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАННЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Аннотация

Обследовано 27 больных, ранее перенесших ишемический мозговой инсульт (МИ), из них у 6 человек выявились когнитивные нарушения, что составляет 22%. У всех 27 обследованных была обнаружена дислипидемия (ДЛП), причем гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия и избирательно низкий уровень антиатерогенных липопротеидов (липопротеидов высокой плотности) распределились равными частями.

Группа больных с когнитивными нарушениями отличалась более тяжелым течением цереброваскулярного заболевания (ЦВЗ): эпизоды острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) возникали у них повторно и, помимо ДЛП, почти у всех определялась артериальная гипертензия (АГ).

Ключевые слова: когнитивные нарушения, мозговой инсульт (МИ), дислипидемия (ДЛП), артериальная гипертензия (АГ).

Lipovetskiy B.M.

Professor, Ph D of medicine N. P. Bechtereva Institute of the Human Brain of Russian Academy of science. Saint-Petersburg, Russia

VASCULAR COGNITIVE IMPAIRMENTS IN PATIENTS AFTER ISCHEMIC STROKE

Abstract

27 patients (age younger than 65) were examined after the ischemic stroke in the past. All the patients had a pronounced dyslipidemia. The cognitive impairments being observed only in 6 patients from 27 (22%). This small group was characterized by arterial hypertension or repeated cerebral circulation disorders. More often the vascular cognitive impairments were found in the patients with the chronic current of the cerebrovascular disease.

Keywords: cognitive impairment, cerebrovascular disease, dyslipidemia, ischemic stroke.

В задачу этой работы входило выявление больных с когнитивными нарушениями, в прошлом перенесших ишемический мозговой инсульт (МИ).

Материалы и методы. В Институте мозга человека (ИМЧ) мы обследовали 27 больных, которые перенесли ишемический мозговой инсульт (МИ) давностью от 3-х месяцев до 3-х лет. У 21 больного когнитивных нарушений или признаков сосудистой деменции не было. Симптомы, которые указывали на подобные нарушения, были найдены у 6 человек, из них лишь в двух случаях можно было диагностировать деменцию.

В 1-ю группу больных без интеллектуально-мнестических нарушений вошел 21 человек, 6 человек составили 2-ю группу с когнитивными нарушениями или с сосудистой деменцией. Группа 1 состояла из 15 мужчин и 6 женщин со средним возрастом 52 ± 1.7 г. Группа 2 сложилась из 3-х мужчин и 3-х женщин, средний возраст которых был 58 ± 3.2 г.

Критерием диагностики когнитивных нарушений было наличие хотя бы двух измененных нейропсихологических признаков: резкое ослабление памяти на недавние события и нарушение пространственной ориентации, грубые ошибки при элементарных арифметических действиях, плохое понимание простого текста, невозможность сконцентрировать свое внимание на конкретной тематике, эмоциональная обедненность. У некоторых больных с подобными проявлениями отмечалось нарушение походки, неустойчивость при ходьбе, вплоть до неспровоцированного падения.

Важно подчеркнуть, что у 4-х больных из 6 (в группе 2) отмечены повторные острые нарушения мозгового кровообращения.

У всех обследованных в обеих группах была констатирована дислипидемия, причем примерно треть случаев характеризовалась гиперхолестеринемией (ГХС), вторая треть имела высокий уровень триглицеридов и еще одна треть больных отличалась избирательным снижением антиатерогенной фракции липопротеидов (липопротеидов высокой плотности). У одного больного из группы 2 был диагностирован нескорректированный сахарный диабет II типа. Умеренная артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 4-х больных из 6 во второй группе и у 7 из 21 в первой группе.

Результаты и их обсуждение. Нейропсихологическая оценка показала, что среди больных, перенесших МИ, когнитивные нарушения отмечены в 22%. Следует обратить внимание на то, что именно в этой группе сосредоточились больные с повторными нарушениями мозгового кровообращения, а также у 4-х человек из 6, помимо ДЛП, выявлялась и АГ. К тому же именно в этой группе (группе 2) оказался больной с сахарным диабетом. Авторитетные специалисты в области когнитивных нарушений [1,2] указывают, что сосудистая деменция при МИ появляется в основном после повторных нарушений мозгового кровообращения или при билатеральной локализации этих поражений.

Установлено, что при деменции, в первую очередь, повреждается белое вещество мозга, что нередко описывают как лейкоареоз. При этом происходит разобщение корковых и подкорковых структур, что и приводит к когнитивным нарушениям, а затем и к сосудистой деменции [3].

По наблюдениям патологов мозговой кровотоков при деменции снижается примерно в 2 раза. Этим и объясняют возникающие очаги гипометаболизма в подкорковых и корковых областях мозга [4, 5].

Необходимо уточнить, что сосудистая деменция гораздо чаще, чем при МИ, развивается как проявление хронического течения цереброваскулярного заболевания (ЦВЗ), например, при дисциркуляторной энцефалопатии [6].

Есть основание полагать, что обязательным патогенетическим фактором развития когнитивных нарушений и сосудистой деменции является поражение микрососудов, либо сочетанное поражение, как микро-, так и макрососудов мозга. МИ обычно осложняет течение атеросклероза магистральных стволов, когда имеется стеноз или окклюзия внутренней сонной, средней или передней мозговых артерий. Дисциркуляторная энцефалопатия, как правило, может возникать и без поражения перечисленных артериальных стволов. Чаще она связана с АГ, когда развивается артериолосклероз или гиалиноз со структурным ремоделированием артериол [7] либо возникает при сахарном диабете (при котором поражаются и крупные, и мелкие артерии), а еще чаще эта патология встречается при сочетании атеросклероза и АГ.

Риск когнитивных нарушений, как следствие МИ, более часто наблюдают после повторных острых нарушений мозгового кровообращения.

Литература

1. Дамулин И.В. Сосудистая деменция//Невролог. журнал. 1999; 4: 4–11.
2. Nachevski V., Iadecola C., Petersen R. et al. Vascular cognitive impairment harmonization standards// Stroke.2006; 37 (9) : 2220–2241
3. Богданов А.Р., Богданов Р.Р., Мазо В.К., Феофанова Т.Б. Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии и ожирении// Consilium medicum. 2013;15 (2) : 46–51.
4. Pantoni L., Poggesi A., Inzitari D. The relation between white matter lesions and cognition// Curr. Opin. Neurolog. 2007; 20 : 390–397.

5. Левин О.С. Подходы к диагностике и лечению когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии// Трудный пациент. 2008; 6 (11):14–20.

6. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике// Невролог. журнал. 2006; 11 (приложение1): 4–12.

7. Толпыгина С.Н., Ощепкова Е.В., Варакин Ю.О. Мозговой кровоток при артериальной гипертензии// Кардиология. 2001; 4 : 71–77.

Малютина Н.Н.¹, Лузина С.В.²

¹Заведующая кафедрой профессиональных болезней и терапии с курсом профпатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, главный профпатолог Пермского края, Заслуженный врач РФ;

²Аспирант кафедры профессиональных болезней и терапии с курсом профпатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Аннотация

Высокая частота коморбидности гипертонической и язвенной болезни, а также их взаимное усугубляющее влияние на течение заболевания делают актуальной данную задачу. Учитывая наличие большого количества факторов риска данных нозологий, а также влияние комплекса вредных производственных факторов на работников железнодорожного транспорта, для обеспечения безопасности движения и сохранения их здоровья требуется прицельное изучение данной синтропии.

Ключевые слова: коморбидность, гипертоническая болезнь, кислотозависимые заболевания, факторы риска.

Malyutina N.N.¹, Luzina S.V.²

¹Head of Department of Occupational Diseases and therapy with Pathology course CPP and PPP Medical University "Perm State Medical Academy. Named EA Wagner's "Russian Ministry of Health, MD, professor, chief pathologist of Perm Krai, Honorary Doctor of Russia; ²Ph.D. student of Department of Occupational Diseases and therapy with Pathology course CPP and PPP Medical University "Perm State Medical Academy. Named EA Wagner's "Russian Ministry of Health

CLINICAL AND PATHOGENETIC PARALLELS IN FORMATION HYPERTENSION AND PEPTIC ULCER DISEASE AMONG RAILWAY WORKERS

Abstract

A high frequency of comorbidity of hypertension and peptic ulcer disease, as well as their mutual compounding effect on the course of the disease, make this task urgent. Sighting study of this syntrophy is necessary to ensure traffic safety and preserving their health requires because of the large number of risk factors this nosology, and the impact of the complex of harmful factors on the railway workers.

Keywords: comorbidity, hypertension, acid-related diseases, risk factors.

Одной из важнейших задач современной медицины является сохранение здоровья и полноценной работоспособности людей, работающих в условиях напряженного труда.

Железнодорожная медицина занимает большое место в системе здравоохранения, главным направлением которой является обеспечение безопасности движения [1]. Железнодорожный транспорт занимает одно из лидирующих мест по количеству работающих в сложных и неблагоприятных производственных условиях, с высокой ответственностью и напряженным трудом [2]. В связи с этим особое внимание уделяется функциональному состоянию организма работников данной отрасли, качеству оказания им медицинской помощи и проведения медицинских осмотров. Профессиональная деятельность специалистов, обеспечивающих движение поездов, характеризуется воздействием на организм целого комплекса взаимно усиливающих друг друга неблагоприятных факторов среды [3]. Необходимо выделить вахтовый режим труда, длительное пребывание в неблагоприятных виброакустических условиях, психоэмоциональное напряжение в штатном режиме деятельности [4]. Напряженность труда во многом определяется постоянной и повышенной степенью готовности к принятию необходимых мер в экстренных случаях. Наиболее значимыми в санитарно-гигиеническом аспекте являются шум и вибрация при движении поезда, воздействие электромагнитных полей. Режим труда и отдыха у большинства работников характеризуется неритмичным чередованием дневных и ночных смен, а также неупорядоченным режимом питания. Все это повышает потенциальный риск производственно-зависимых нарушений состояния здоровья [5].

Гипертоническая болезнь (ГБ) – одна из актуальных проблем здравоохранения во всём мире. По материалам исследования, проведённого в рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», распространённость ГБ за последние 10 лет практически не изменилась и составляет 39,5%. [6]. Распространённость ГБ в России достигает 40 % у мужчин и 50 % у женщин [7]. В Германии, по данным немецкой лиги, занимающейся гипертензией, заболеваемость ГБ составляет более 16 миллионов человек (2011). Распространённость ГБ в Германии в возрасте 30-59 лет составляет 10-35 % и увеличивается у лиц старше 60 лет до 65%. Почти половина смертельных случаев в Германии являются следствием высокого артериального давления - более 400 тысяч смертей ежегодно [8]. Среди работников железнодорожного транспорта в России частота встречаемости ГБ в 2012 году составила 6,13 %. Необходимо отметить, что воздействие вредных производственных факторов способствует быстрому прогрессированию заболевания и ранней инвалидизации.

В последнее время не только кардиоваскулярная патология отнесена к числу так называемых болезней цивилизации («болезней адаптации»), к ним причисляют и кислото-зависимые заболевания. Из них наиболее часто встречаются язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) от 5 до 15% взрослого населения [9]. Этими заболеваниями страдают приблизительно 10% населения земного шара. В РФ заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составила 157,6 на 100000 населения. Пик заболеваемости в возрасте 35-40 лет. Распространённость язвы ДПК в 15-20 раз выше по сравнению с язвенной болезнью желудка [10]. В сравнении ежегодно в Германии заболевают ЯБ ДПК от 150 до 100 000 людей. ЯБ желудка встречается примерно в 50 случаев заболевания на 100000 человек в год [11]. По статистическим данным за 2012 год в России процент встречаемости кислото-зависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта составил 2,98 %. Наиболее часто данная патология наблюдалась у работников, непосредственно связанных с обеспечением безопасности движения (10,4%), что, вероятно, обусловлено регулярностью стрессовых ситуаций и психоэмоциональным напряжением.

Одной из главных особенностей современной клинической медицины является тот факт, что различные заболевания всё более утрачивают свой мононозологический характер, приобретая статус коморбидности. Все чаще появляются указания на кажущиеся редкими комбинации, например, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) и ишемической болезни сердца, сахарного диабета и ЯБ ДПК, бронхиальной астмы и ЯБ ДПК, гипертонической болезни (ГБ) и кислотозависимых заболеваний (КЗЗ). Сочетание гипертонической болезни и язвенной болезни представляет собой принципиально новое состояние регуляторных систем организма. Синтропия их не случайна, поскольку в течение обеих нозологий выявляются общие клинико-социальные, профессионально обусловленные патогенетические связи.