



УДК 616.89-008.45\47-02-036.82

POLYMORBID PATHOLOGY: PROBLEMS OF COGNITIVE FUNCTIONS
ПОЛІМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ: ПРОБЛЕМИ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

Krotova V. Yu. / Кротова В.Ю.

Assistant / асистент

orcid.org/0000-0003-2517-435X

Khomaziuk T. A. / Хомазюк Т.А.

MD, PhD in medicine, prof. / д мед.н., проф.

orcid.org/0000-0002-2368-5116

SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of health of Ukraine»

*Department of Propaedeutic of Internal Medicine Dnipro, V. Vernadsky str., 9, 49044 Державна
установа «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Дніпро, вул. В. Вернадського, 9, 49044

Анотація. В статті розглядається проблема виявлення загальних закономірностей і особливостей розвитку когнітивних порушень у хворих з поліморбідною патологією та контрольованою артеріальною гіпертензією II стадії.

Ключові слова: поліморбідна патологія, когнітивні порушення, артеріальна гіпертензія.

Abstract. The article deals with the problem of revealing the general patterns and features of the development of cognitive disorders in patients with polymorbid pathology and controlled arterial hypertension of stage II.

Key words: polymorbid pathology, cognitive disorders, hypertension.

Вступ. За даними ВООЗ у світі налічується 47,5 млн людей з деменцією, і щорічно діагностують 7,7 млн нових випадків захворювання. До 2030 року загальна кількість людей з деменцією складатиме 75,6 млн осіб, а до 2050 року їх кількість майже потроїться і складатиме 135,5 млн.[1, 2]. Статистика свідчить проте, що ті чи інші зміни когнітивних функцій мають місце у 10-30 % людей. Вважається, що в нормі поступове їх зниження розпочинається вже після 50 років, а погіршення пам'яті, обумовлене віком, спостерігається майже у 40 % осіб старше 65 років. Подібні порушення прогресують протягом року у 1 % з них до ступеня деменції, а протягом від 1 до 5 років таке прогресування відзначається у 12-42 % осіб цієї когорти [3, 4].

Однак, ця проблема є не тільки і не стільки соціальною, скільки стратегічно – медичною. Можливості реабілітації пацієнтів з деменцією в даний час вельми обмежені, тому важливо вивчати додементні форми когнітивних порушень (КП), коли лікування може бути більше фективним, а в 15-30 % випадків може призводити навіть до реверсії симптомів [5].

Сьогодні загальноновизнаною та вельми актуальною є проблема «трьох П»: поліморбідності, полипрагмазії і поганої прихильності пацієнтів до лікування. [6, 7].

Європейський профіль поліморбідної патології [8]: рак, хвороби серця / АГ, остеопороз, цукровий діабет, інсульт, надлишковамасатіла / ожиріння, психо-соціальний стрес (депресія, тривога, порушення сну, когнітивні порушення).

Мета дослідження: Аналіз поширеності та структури когнітивних



порушень у пацієнтів з поліморбідною патологією та артеріальною гіпертензією II стадії.

Матеріал та методи. Обстежено 115 амбулаторних працюючих пацієнтів середнього віку з контрольованою артеріальною гіпертензією II стадії, тривалістю понад 5 років, та у всіх виявлено поліморбідну патологію. Середній вік обстежених склав $59,8 \pm 3,4$ років, жінок було – 72 (62, 6 %), чоловіків – 43 (37, 4 %). Структура поліморбідної патології була наступною: артеріальна гіпертензія – 100 %, ішемічна хвороба серця – 72,2 % (83 особи), фібриляція передсердь – 13,9 % (16 осіб), дисліпідемія – 61,7 % (71 особа), варикозне розширення вен нижніх кінцівок – 7,8 % (9 осіб), хронічна серцева недостатність – 24,3 % (28 осіб), цукровий діабет – 10,4 % (12 осіб) захворювання шлунково-кишкового тракту – 111 (96,5 %, гастрити – у 28 хворих, виразкова хвороба 12-палої кишки або шлунка – у 37, коліти – у 46); хвороби жовчного міхура – у 32,2 % (37 хворих), хронічна хвороба нирок – у 20,9 % (24 хворих); хронічне обструктивне захворювання легень – 33,9 % (39 хворих), у всіх хворих були прояви остеоартриту великих та/або дрібних суглобів. У 9,6 % обстежених діагностували 6 захворювань одночасно, у 18,3 % – 5; у 29,6 % – 4 і у 23,5 % – 3.

Всім пацієнтам провели комплексне обстеження у відповідність з протоколами МОЗ України, нейропсихологічне обстеження з оцінкою когнітивних функцій за методиками MMSE [9] та MoCA [10].

Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакета програм Statistica v.6.1® (Statsoft Inc., США), з оцінкою середніх значень (M), їх помилки (m), критерію Стюдента та достовірності статистичних показників (p). Відмінності вважалися достовірними при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Після комплексного обстеження за національними стандартизованими протоколами щодо провідної патології та психофізіологічного тестування за загальноприйнятими шкалами MMSE та MoCA у 63 з 115 пацієнтів з поліморбідною патологією та контрольованою артеріальною гіпертензією II стадії було виявлено КП (54,8 %).

Ретроспективний аналіз медичної документації хворих з поліморбідною патологією та контрольованою артеріальною гіпертензією II стадії в реальній лікарській практиці засвідчив про відсутність будь-якої інформації щодо КП протягом диспансерного спостереження за перебігом захворювання. Медичне узагальнення стосовно когнітивних розладів виявилось прихованим і у заключенні розцінювалось як «дисциркуляторна енцефалопатія». Цілеспрямована медикаментозна корекція КП взагалі не передбачалась. З'ясовано, що лікарі первинної ланки надання медичної допомоги не мають офіційних регламентуючих документів, як правило, не ознайомлені та/або не мають досвіду як з діагностики КП, так і планування первинної, вторинної профілактики та лікування.

За методикою MMSE виявили легкі КП (27-26 балів) у 25 (39,7 %) хворих, помірні КП (25-24 бали) – у 38 (60,3 %). Середній бал вираженості порушень КП в групі пацієнтів з поліморбідною патологією та контрольованою артеріальною гіпертензією II стадії становив $25,10 \pm 0,11$. Інтегральна оцінка КП



при тестуванні пацієнтів з поліморбідною патологією та контрольованою артеріальною гіпертензією II стадії (n=63) за методикою MoCA також була низькою (24,37±0,06 балів) і відповідала критеріям когнітивного дефіциту (менше 26 балів).

Середні показники когнітивних функцій пацієнтів з поліморбідною патологією та контрольованою артеріальною гіпертензією II стадії з КП за субтестами шкали MoCA представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Показники когнітивних функцій за субтестами шкали MoCA у пацієнтів з поліморбідною патологією та контрольованою артеріальною гіпертензією II стадії з когнітивними порушеннями (n=63)

Субтести шкали MoCA	Максимальний бал	Середній бал, M±m/SD	Відхилення від максимального бала (%)
Зорово-конструктивні/виконавчі навички	5	3,95±0,03/0,20	-21,0
Називання	3	2,67±0,06/0,48	-11,0
Увага	3	2,41±0,07/0,55	-19,7
Серійне віднімання	3	1,95±0,10/0,77	-35,0
Повторення фрази	2	1,79±0,04/0,35	-10,5
Швидкість мови	1	0,89±0,03/0,21	-11,0
Абстракція	2	1,52±0,05/0,36	-24,0
Відстрочене відтворення	5	3,65±0,05/0,36	-27,0
Орієнтація	6	5,57±0,06/0,47	-7,2
Загальний бал	30	24,37±0,06/0,49	-18,8

Як видно з табл. 1, за даними MoCA-тесту у пацієнтів з поліморбідною патологією та контрольованою артеріальною гіпертензією II стадії з КП мало місце зниження балів порівняно з нормою за всіма субшкалами, проте найбільші відхилення (понад 20 % від максимального балу) відзначали за здатністю до серійного віднімання (на 35,0 %), відстроченого відтворення (на 27,0 %), абстрагування (на 24,0 %) та у зорово-конструктивних/виконавчих навичках (на 21,0 %).

Отримані дані щодо зв'язку між перебігом АГ у хворих з поліморбідною патологією і станом когнітивних функцій узгоджуються з результатами інших досліджень [11, 12], що підкреслює актуальність проблеми своєчасної діагностики і корекції КП при поліморбідній патології та артеріальній гіпертензії.

Висновки.

Таким чином, у працюючих пацієнтів з артеріальною гіпертензією II стадії середнього віку, як правило, має місце поліморбідна патологія та виявляються



когнітивні порушення у 54,8 % випадків. Ці порушення на різних рівнях вищих мозкових функцій відповідають усім сферам когнітивної діяльності людини, але найбільше страждають процеси нейродинамічного характеру (здатність до концентрації уваги, швидкість психомоторних реакцій) і вербальна пам'ять. Вони, ймовірно, впливають не тільки на якість життя хворих, їх працездатність, але й на прихильність до лікарських рекомендацій, що потребує подальшого вивчення та корекції.

References:

1. Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya, 2016 g. World report on ageing and health. World Health Organization., ISBN 978 92 4 456504 9 www.who.int.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Mortality Report 2013 (United Nations publication). ST/ESA/SER.A/347.
3. Zaharov V.V., Lokshina A.B. (2009) Kognitivnie narusheniya v obscheklinicheskoi praktike. M., 8 s. (inRussian).
4. Myint PK, Luben RN, Surtees PG, Wainwright NW, Welch AA, Bingham SA, Day NE, Wareham NJ, Khaw KT. (2006) Relation between selfreported physical functional health and chronic disease mortality in men and women in the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk): a prospective population study. *Ann Epidemiol*, Jun; 16(6):492–500.
5. Peterson RC. (2011) Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med*, Jun 9; 364(23):2227–2234.
6. Zupanets I.A., Hebeko S.K., Otrishko (2016) I.A. Farmakodinamicheskii aspekti neurogeroprotekturnogo sinergizma preparata «Olatropil» [Cognitive impairment in general clinical practice]. *Ukrainskii vestnik psihonevrologii*, vol. 24, no 2 (87), p. 113–116. 5.
7. Kay-Tee Khaw, Nicholas Wareham, Sheila Bingham, Ailsa Welch, Robert Luben, Nicholas Day. (2008) Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *J. 8*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050012>.
8. The EPIC-Norfolk Prospective Population Study, 2006 (14).
9. Folstein M.F. Mini-Mental State: a practical guide for grading the mental state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. Mc Hugh // *J. Psych. Res.* – 2015. – Vol.12. – P. 189-198.
10. Adams K.M. Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders / K.M. Adams, I. Grant // New York, NY: Oxford University Press, 2009.
11. Elias M.F. Untreated blood pressure level is inversely related to cognitive functioning: the Framingham study / M.F. Elias, P.A. Wolf, R.B. D'Agostino, J.Cobb // *Am J Epidemiol.* –2013.–№138.– P. 353–364.
12. Gorelick P.B. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia / P.B. Gorelick, A. Scuteri, S.E. Black, C. Decarli // *Stroke.* – 2011. –№42.–P.2672–2713.