

Артеріальна гіпертензія та когнітивна функція: профілактика когнітивних порушень

8-9 липня в уже традиційному для періоду коронавірусної пандемії онлайн-форматі відбулася клінічна школа «Артеріальна гіпертензія – коморбідність та супутні стани».

У ході конференції старший науковий співробітник експертного консультативно-діагностичного й лікувального центру злоякісної та резистентної артеріальної гіпертензії, доктор медичних наук Лариса Анатоліївна Міщенко та лікар-невролог, кандидат медичних наук Іванна Леонідівна Ревенко (ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», м. Київ) охарактеризували зв'язок артеріальної гіпертензії (АГ) та когнітивної функції. У назві виступу зазначалося: «...більше запитань, аніж відповідей», однак доповідачки досить широко висвітлили більшість найактуальніших проблем.



Сумісний виступ почала **І.Л. Ревенко**, котра нагадала слухачам визначення й основні поняття деменції та когнітивних порушень. Деменція – це синдром, зумовлений органічним захворюванням головного мозку, що характеризується порушенням різних когнітивних сфер (пам'яті, мови, орієнтування, абстрактного мислення, праксису). Поширеність деменції стабільно зростає: станом натеper кількість пацієнтів становить 5,27 на кожну тисячу жителів планети. У 2010 р. налічувалося 36 млн хворих на деменцію, до 2030 р., згідно з прогнозами, їх кількість становитиме 66 млн, а до 2050 р. – близько 115 млн. Основні типи синдрому включають судинну, лобно-скронеvu деменцію, деменцію внаслідок хвороби Альцгеймера та з тільцями Леві.

Клінічними проявами судинної деменції є порушення ходи, нестійкість, часті падіння; порушення сечовипускання (імперативні позиви); розсіяні неврологічні симптоми; емоційні розлади. Критеріями діагнозу є наявність деменції та зв'язок між її розвитком і цереброваскулярним захворюванням (виникнення деменції протягом 3 міс після інсульту, раптове погіршення когнітивних функцій із подальшою їх флуктуацією). Слід зауважити, що на первинній ланці медичної допомоги діагноз деменції встановлювати не можна, оскільки він має не лише медико-соціальне, а й юридичне значення. У разі підозри на деменцію треба встановити діагноз «глибокі когнітивні порушення», вказуючи кількість балів за Монреальським когнітивним тестом (MoCA), та скерувати пацієнта на консультацію до вузького спеціаліста.

Окремо виділяють синдром помірних когнітивних порушень (ПКП), критеріями якого виступають розлади мислення за скаргами пацієнта чи його родичів; зниження когнітивних функцій порівняно з вихідним рівнем; об'єктивне погіршення пам'яті й інших когнітивних функцій за даними нейропсихологічного тестування; відсутність порушень під час звичних видів активності та виникнення їх під час складніших на тлі відсутності деменції. Пацієнти з ПКП зазвичай скаржаться на розсіяність, зниження концентрації уваги, пам'яті на поточні події, неможливість запам'ятати нові імена чи переказати щойно прочитаний текст, труднощі підбору слів під час розмови, порушення орієнтування в малознайомій місцевості.

Для оцінки когнітивної функції застосовується шкала короткого дослідження розумового стану (Mini-Mental State Examination, MMSE), що містить 6 субтестів для оцінки різних когнітивних доменів, а саме: орієнтації, запам'ятовування, уваги та рахунку, пам'яті, мови, конструктивного праксису (рис. 1). Максимальна сума балів за MMSE становить 30, при ПКП сумарна оцінка зазвичай дорівнює 25-28 балів, при деменції – <24.

Перебіг ПКП відрізняється від деменції, оскільки може мати місце стабілізація стану зі спонтанним регресом когнітивного дефіциту, що вкрай рідко трапляється при істинній деменції. ПКП властиво збереження критики, тобто пацієнта турбує погіршення власного мислення, натомість у разі деменції критика хворого знижена, на погіршення мислення переважно звертають увагу родичі та близькі особи.

Додаткові обстеження при когнітивних порушеннях залежно від показань включають загальний і біохімічний аналізи крові, визначення рівнів тиреотропного гормону та гормонів щитоподібної залози, діагностику нейроінфекцій (ВІЛ-інфекція, сифіліс, бореліоз, герпес), нейровізуалізаційні дослідження. Показаннями до проведення комп'ютерної чи магнітно-резонансної томографії головного мозку є ранній початок

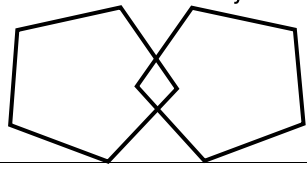
Максимальна оцінка в нормі, бали (1)	Оцінка у хворого, бали (2)	Когнітивна характеристика (3)
10		Орієнтація
1		Який зараз рік
1		--/--/----- пора року
1		--/--/----- число
1		--/--/----- місяць
1		--/--/----- день тижня
1		Де ми знаходимося: держава
1		область
1		місто
1		лікарня
1		поверх (палата)
3		Здатність до обліку
		Назвати три предмети, не пов'язані між собою за змістом (озеро, стіл, копійка). 1 секунда на кожен. Попросити хворого назвати всі три предмети, присуджуючи 1 бал за кожен вірну відповідь. Повторити проби, доки пацієнт не назве всі предмети. Порахувати кількість спроб.
5		Увага та рахування
		Серія з «сімок». Попросити пацієнта віднімати по 7, починаючи з 100. 1 бал за кожен правильну відповідь. Слід зупинити хворого після п'яти правильних відповідей (93, 86, 79, 72, 65). Якщо пацієнт не може, або не хоче виконати завдання, попросити вимовити слово «хрест» у зворотному порядку. Число балів відповідає кількості букв, названих у правильному порядку.
3		Пам'ять
		Попросити пригадати найменування трьох предметів, названих раніше. 1 бал за кожен правильну відповідь.
9		Мова
2		<u>Найменування</u> . Показати олівець та годинник. Попросити пацієнта назвати їх.
1		<u>Повтор</u> . Попросити пацієнта повторити скоромовку «Ніяких якщо та/або але» (або ін.). Допускається тільки одна спроба.
3		Попросити виконати <u>трьохетапну команду</u> : «Візьміть лист паперу, складіть його навпіл та покладіть на підлогу». 1 бал за кожен вірно виконану дію.
1		<u>Читання</u> . Прочитайте та виконайте наступне «закрийте очі».
1		<u>Письмо</u> . Попросити пацієнта самостійно написати просте речення.
1		<u>Копіювання</u> . Попросити скопіювати намальовані п'ятикутники, що перетинаються. Повинні бути скопійовані всі 10 кутів та 2 повинні перетинатися.
Загалом 30		

Рис. 1. Шкала короткого дослідження розумового стану

когнітивних порушень, їх швидке прогресування, паралельний розвиток когнітивних і неврологічних розладів.



Доповідь продовжила **Л.А. Міщенко**. Лекторка розпочала виступ із того, що нагадала: лікарі загальної практики повинні думати не про виявлення деменції, а насамперед про те, як запобігти розвитку когнітивних порушень у їхніх пацієнтів. Як відомо, основними факторами ризику деменції виступають АГ, інсульт в анамнезі, цукровий діабет, гіперхолестеринемія в осіб середнього віку. Метааналіз даних 4,3 млн дорослих показав, що вагомим предиктором розвитку деменції в майбутньому є рівень систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ) у середньому віці (до 50 років) (Emdin S. et al., 2016). Цей результат обґрунтовує доцільність ранньої профілактики деменції.

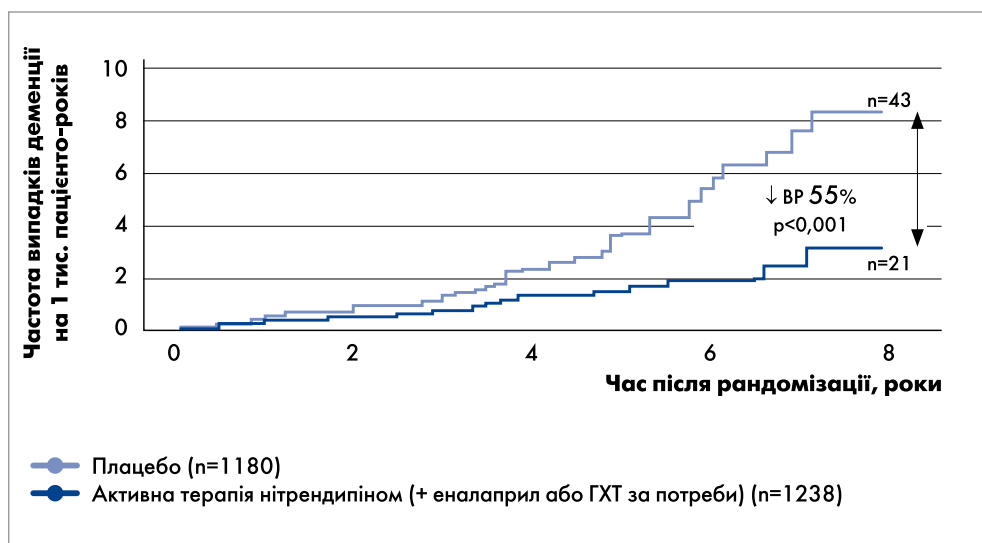


Рис. 2. Результати дослідження Syst-Eur: зниження частоти розвитку деменції при терапії нітрєндипіном (Forette F. et al., 2020)

Примітки: BP – відносний ризик; ГХТ – гідрохлортиазид.

Запеклі наукові дискусії викликало питання зниження АТ в осіб похилого віку та його вплив на когнітивну функцію. Відповідь дало дослідження SPRINT MIND, яке включало 9361 пацієнта віком понад 50 років. Результати SPRINT MIND показали, що жорсткий контроль систолічного АТ (підтримка показника <120 мм рт. ст.) не підвищує ризик деменції порівняно з утриманням систолічного АТ у межах 120-140 мм рт. ст.

Який препарат обрати для профілактики когнітивних порушень у пацієнта з АГ? Метааналіз 9 досліджень (n=29 029) визначив приблизно однакове невелике зниження ризику розвитку деменції на тлі прийому різних медикаментів (van Middelaar T. et al., 2018). Зі включених досліджень різко виділялося лише Syst-Eur, в якому було зафіксовано чітке зменшення ймовірності деменції за умови застосування блокатора кальцієвих каналів нітрєндипіну. Прийом нітрєндипіну дав змогу на 55% знизити ймовірність деменції в пацієнтів віком понад 60 років із систолічною АГ порівняно з плацебо (рис. 2). На вітчизняному фармацевтичному ринку єдиним препаратом нітрєндипіну у вигляді монопрепарату є Нітрєсан (PRO.MED.CS Praha a.s., Чехія).

У дослідженні PROGRESS, у котрому взяли участь 6105 пацієнтів, які перенесли інсульт або транзиторну ішемічну атаку, було продемонстровано, що застосування індапаміду в поєднанні з периндоприлом сприяло зниженню ризику розвитку когнітивної дисфункції на 19%.

Як відомо, інсульт є одним із факторів ризику розвитку когнітивних порушень, а отже, його профілактика може запобігти виникненню когнітивних розладів. У дослідженні PATS, у котрому взяли участь 5665 пацієнтів, які перенесли інсульт або транзиторну ішемічну атаку, було продемонстровано, що зниження систолічного та діастолічного АТ на 5 і 2 мм рт. ст. відповідно при застосуванні 2,5 мг індапаміду сприяло зниженню ризику повторного інсульту на 29% порівняно з плацебо. Серед наявних в Україні індапамідів варто звернути увагу на препарат Індап (PRO.MED.CS Praha a.s., Чехія). Важливо зазначити, що Індап випускається у формі капсул. Така лікарська форма є оптимальною для пацієнтів похилого віку, котрі перенесли інсульт, адже вони можуть мати порушення функції ковтання.

Окрім контролю АТ за допомогою оптимальних препаратів потрібно також знижувати вміст холестерину ліпопротеїнів низької щільності, оскільки дисліпідемія спричиняє розвиток обох головних типів деменції – судинної та зумовленої хворобою Альцгеймера. Патогенетичний механізм впливу в цих випадках є різним: при судинній деменції наріжним каменем патогенезу виступає атеросклероз судин головного мозку, а при хворобі Альцгеймера – зниження кліренсу β -амілоїду в мозку на тлі дисліпідемії. Проте слід зауважити, що безпосередніх прокогнітивних функцій статини не мають: у дослідженнях HPS, PROSPER і LEAD застосування відповідно симвастатину, правастатину й аторвастатину не запобігало розвитку деменції та не сприяло лікуванню хвороби Альцгеймера. Основна функція статинів щодо запобігання розвитку когнітивних порушень – це профілактика інсультів і пов'язаних із ними негативних наслідків.

Загалом профілактика розвитку деменції та когнітивних порушень при АГ має включати дотримання здорового способу життя, суворий контроль рівня АТ, статинотерапію та застосування додаткових лікувально-профілактичних заходів. Неабияку роль відіграє вчасна діагностика ПКП, що дає можливість корегувати їх на початковому етапі.

Підготувала Лариса Стрільчук

3

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Česká
jakost

НІТРЕСАН® таблетки 10 мг №30
нітрєндипін таблетки 20 мг №30

ІНДАП® капсули 2,5 мг №30
індапамід

