

Е.А. ЛОПИНА, Р.А. ЛИБИС

Оренбургский государственный медицинский университет

**СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
И ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА
ПОСЛЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА**

Статья посвящена современным проблемам антигипертензивного лечения пациентов, страдающих артериальной гипертензией, перенесших мозговую инсульт. С этой целью был проведен анализ суточного профиля АД и выявлена динамика когнитивных нарушений. В статье отражено мнение авторитетных современных ученых в данной области, а также результаты и выводы собственного исследования. Результаты нашего исследования подтвердили, что антигипертензивная терапия, направленная на достижение САД в диапазоне 125-134 мм рт. ст., улучшает состояние когнитивных функций пациентов, приводя к повышению качества их жизни.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, мозговой инсульт, суточное мониторирование артериального давления, когнитивные функции

Екатерина Анатольевна Лопина - очный аспирант 3 года обучения.
E-mail:ekaterina_lopina@mail.ru.

Роман Аронович Либис - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ОГМУ им. Р.Г. Межебовского. E-mail:rlibis@gmail.ru.

Е.А. LOPINA, R.A. LIBIS

Orenburg State Medical University

**DAILY BLOOD PRESSURE PROFILE AND DYNAMICS OF COGNITIVE
IMPAIRMENT AT PATIENTS WITH THE ARTERIAL HYPERTENSION
WITHIN THE FIRST YEAR AFTER THE BRAIN STROKE**

Article is devoted to modern problems of post-stroke patients with hypertension. For this purpose the analysis of the daily analysis of BP and dynamics of cognitive violations were performed. The views of the most famous scientists of our time in the field, and also the results and conclusions of our own research are presented in the article. Our findings confirm the hypotensive therapy aimed at the recovery of SBP in the range of 125-134 mm Hg to improve patients' cognitive functions and life quality.

Keywords: arterial hypertension, brain stroke, daily monitoring of arterial pressure, cognitive functions

Ekaterina Lopina - Postgraduate Student, Hospital Therapy Department, Orenburg State Medical University. E-mail:ekaterina_lopina@mail.ru.

Roman Libis - Doctor of Medicine, Professor, Head of Hospital Therapy Department Orenburg State Medical University. E-mail:rlibis@gmail.ru.

Артериальная гипертензия играет важную роль в развитии и прогрессировании когнитивных расстройств, вплоть до степени деменции [1, 2, 3]. Наличие инсульта в анамнезе увеличивает риск развития более выраженных когнитивных расстройств [4].

Повышение САД на каждые 10 мм рт. ст. увеличивает риск развития когнитивных расстройств на 7-16% [5].

После инсульта деменция развивается у каждого третьего пациента [6]. По некоторым данным, адекватная антигипертензивная терапия не только способствует профилактике прогрессирования ког-

нитивных расстройств, но и может оказывать благоприятное влияние на уже имеющиеся нарушения. Вторичная профилактика инсульта является одновременно и профилактикой связанных с инсультом когнитивных расстройств [3].

Цель исследования: изучить суточный профиль артериального давления и динамику когнитивных нарушений у пациентов с АГ в течение первого года после мозгового инсульта.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 88 пациентов, страдающих артериальной гипертензией, перенесших острое нарушение

мозгового кровообращения давностью от 1 до 6 месяцев. Средний возраст пациентов составил $58,8 \pm 9,5$ лет.

Все пациенты длительно страдали артериальной гипертонией (более 3-х лет по данным анамнеза). Среди обследованных – 6 (6,84%) человек перенесли острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу и 82 (93,16%) – по ишемическому типу.

Диагноз АГ устанавливали в соответствии с рекомендациями Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов [7]. Подтверждение диагноза инфаркта головного мозга базировалось на основании объективного анамнеза (выписной эпикриз из первичного сосудистого центра) и результатах компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

Амбулаторное мониторирование АД проводили с помощью аппарата BPLab (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия).

Для оценки состояния когнитивных функций использовалась Монреальская шкала [8], для уточнения степени когнитивных расстройств – классификации R. Petersen и О.С. Левина.

Критериями исключения были: вторичный характер АГ, двухсторонний значимый стеноз сонных артерий ($>50\%$ для ОСА и 70% для ВСА и НСА), исходный уровень креатинина сыворотки крови > 250 мкмоль/л; повышение уровня АСТ или АЛТ ≥ 2 раза верхней границы нормы; наличие сахарного диабета, злокачественных новообразований, психических заболеваний; пациенты с невозможностью или нежеланием дать добровольное информированное согласие.

Полученные данные обработаны с использованием программы Statistica 6.0. Проводилась проверка нормальности распределения количественных признаков с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для описания признаков с нормальным распределением использовали среднее $\pm$ стандартное отклонение. Для признаков с отличным от нормального распределения определяли медиану с указанием межквартильного размаха – 25-й и 75-й процентиля. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. При сравнении двух зависимых групп, в случае ненормального распределения, применялся метод Вилкоксона. При анализе данных из совокупностей, отличающихся от нормального распределения, для сравнения трех групп использовался ранговый анализ вариаций по Краскелу-

Уоллису с последующим парным сравнением групп тестом Манна-Уитни с применением поправки Бонферрони при оценке значения p . С целью статистического изучения связи между явлениями применяли коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Исходно, с момента госпитализации по поводу ОНМК пациентов, проводилась антигипертензивная терапия с учетом возраста, противопоказаний и сопутствующей патологии. В восстановительном периоде нами проводилась модификация антигипертензивного лечения с целью достижения «целевого» уровня АД.

Пациенты методом конвертов были разделены на 3 группы: в 1 группу вошли пациенты с целевым уровнем САД ниже 124 мм рт. ст., 2 группу составили пациенты с целевым уровнем САД в диапазоне 125-134 мм рт. ст., 3 группу представляют пациенты с целевым САД 135-154 мм рт. ст.

За период наблюдения всем пациентам дважды было проведено амбулаторное мониторирование артериального давления для выявления особенностей суточного профиля в заданных рамках. Результаты СМАД представлены в таблицах 1 и 2.

Из полученных данных следует, что пациенты достигли целевых уровней САД в дневные часы, однако суточное САД показывает, что у пациентов второй группы наблюдается чрезмерное снижение САД за сутки, выходящее за рамки целевого уровня. Вариабельность САД и ДАД днем и ночью остается нормальной во всех трех группах. Индекс времени САД днем низкий в 1-й группе и повышен в 3-й группе, ИВСАД ночью низкий в 1-й группе и повышен как во 2-й, так и в 3-й группах. Скорость подъема утреннего САД превышает норму во второй группе, ДАД повышено во всех трех группах. Недостаточная степень снижения САД в ночные часы отмечена во всех группах.

Вариабельность САД и ДАД у пациентов 1 группы днем и ночью соответствует допустимым значениям. ИВСАД днем ниже нормы в 10-20%, ИВДАД днем в начале периода наблюдения ниже нормы, к концу периода наблюдения – норма. ИВСАД ночью в начале периода наблюдения ниже нормы, к концу периода наблюдения – норма. ИВДАД ночью в начале периода наблюдения ниже нормы, к концу периода наблюдения – норма в 20%. Величина утреннего подъема САД и ДАД соответствует нормальному значению как в начале, так и в конце периода

Таблица 1

Результаты СМАД в группах с различным «целевым» уровнем САД в начале периода наблюдения

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа	p
Среднее суточное САД (мм рт. ст.), M±SD	116,6 ±12,3	121,4 ±15,5	135,5 ±14,3*#	0,00001
Среднее суточное ДАД (мм рт. ст.), M±SD	73,1 ±10,1	76,2 ±8,3	77,6 ±10,6	0,25
Среднее дневное САД (мм. рт. ст.), M±SD	121,1 ±12,6	128,5 ±13,2	138,9 ±14,6*#	0,00004
Среднее дневное ДАД (мм рт. ст.), M±SD	77,0 ± 9,3	80,0 ± 9,0	81,5 ± 11,0	0,25
Среднее ночное САД (мм. рт. ст.), M±SD	106,1 ±22,3	119,9 ±11,9	127,7 ± 8,1*	0,005
Среднее ночное ДАД (мм рт. ст.), M±SD	68,9 ±11,8	72,1 ±8,2	72,9 ± 1,6	0,4
Вариабельность САД днем (мм рт. ст.), M±SD	11,5±3,2	11,9±3,3	13,4±4,6	0,27
Вариабельность ДАД днем (мм рт. ст.), M±SD	9,3±2,6	8,8±1,9	10,7±3,9	0,17
Вариабельность САД ночью (мм рт. ст.), M±SD	9,2±2,7	10,3±4,04	13,0±4,7*	0,013
Вариабельность ДАД ночью (мм рт.ст.), M±SD	7,1±2,3	8,8±2,8	9,2±2,7 *	0,05
Индекс времени САД днем (%), Me [Q25; Q75]	2,0 [0; 19,1]	17,0 [0; 42,9]	29,4 [7,0; 73,0] *	0,006
Индекс времени ДАД днем (%), Me [Q25; Q75]	4,9 [0; 26,4]	8,5 [0,4; 35,0]	16,4 [3,0; 68,0]	0,23
Индекс времени САД ночью (%), Me [Q25; Q75]	3,0 [0; 34,6]	27,0 [15,0; 66,3]	70,9 [30,0; 100,0] *	0,001
Индекс времени ДАД ночью (%), Me [Q25; Q75]	5,0 [0; 83,0]	16,0 [0; 75,0]	11,0 [0; 78,0]	0,8
Величина утреннего подъема САД (мм рт. ст.), M±SD	30,9±15,4	20,9±15,4	37,6±21,9#	0,02
Величина утреннего подъема ДАД (мм рт. ст.), M±SD	22,1±9,1	22,0±8,4	27,5±21,6	0,39
Скорость утреннего подъема САД (мм рт. ст.), Me [Q25; Q75]	8,3 [6,7; 12,0]	10,5 [4,2; 13,0]	10,0 [2,0; 16,0]	0,97
Скорость утреннего подъема ДАД (мм рт. ст.), Me [Q25; Q75]	6,2 [4,7; 8,0]	10,0 [6,0; 16,0]	7,5 [4,8; 11,1]	0,27
Среднее ПАД (мм рт. ст.), M±SD	43,3 ±9,7	48,7 ±5,8	57,5 ±11,9*#	0,00002
Степень ночного снижения САД (%), M±SD	8,0 ±6,1	6,8 ±3,8	6,9 ±5,2	0,74
Степень ночного снижения ДАД (%), M±SD	10,2 ±7,1	10,6 ±4,0	11,8 ±5,9	0,58

Таблица 2

Показатели СМАД в конце периода наблюдения в группах с различным «целевым» уровнем САД

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа	p
Среднее суточное САД (мм рт. ст.), M±SD	124,6±15,9	126,5±6,6	136,8±15,4	0,01
Среднее суточное ДАД (мм рт. ст.), M±SD	78,8±11,7	76,8±6,3	78,9±11,6	0,8
Среднее дневное САД (мм рт. ст.), M±SD	130,5±15,7	131,3±8,4	142,6±17,7	0,02

Среднее дневное ДАД (мм рт. ст.), M±SD	84,4±11,4	81,8±6,0	83,2±12,0	0,9
Среднее ночное САД (мм рт. ст.), M±SD	118,3±16,6	121,7±6,9	131,1±15,0	0,01
Среднее ночное ДАД (мм рт. ст.), M±SD	72,6±12,4	71,8±7,2	74,6±11,9	0,7
Вариабельность САД днем (мм рт. ст.), M±SD	12,9±4,7	11,9±2,2	14,1±5,8	0,4
Вариабельность ДАД днем (мм рт. ст.), M±SD	10,5±4,1	9,4±2,4	9,8±2,2	0,6
Вариабельность САД ночью (мм рт. ст.), M±SD	10,9±4,0	11,2±3,4	11,1±4,5*	0,9
Вариабельность ДАД ночью (мм рт. ст.), M±SD	8,7±2,9	8,5±3,4	8,7±4,0	0,9
Индекс времени САД днем (%), Me [Q25; Q75]	7,0 [3,0; 48,0]	20,0 [9,0; 33,0]	37,0 [14,2; 71,9]	0,07
Индекс времени ДАД днем (%), Me [Q25; Q75]	23,0 [2,0; 51,0]	13,0 [4,0; 19,0]	11,0 [4,0; 36,0]	0,7
Индекс времени САД ночью (%), Me [Q25; Q75]	20,0 [0; 82,0]	28,0 [20,0; 56,0]	67,0 [30,0; 100,0]	0,02
Индекс времени ДАД ночью (%), Me [Q25; Q75]	13,0 [1,0; 77,0]	33,0 [9,0; 56,0]	24,0 [4,0; 85,0]	0,8
Величина утреннего подъема САД (мм рт. ст.), M±SD	34,9±16,8	30,2±17,4	38,4±20,3	0,4
Величина утреннего подъема ДАД (мм рт. ст.), M±SD	29,2±15,0	22,5±11,0	26,2±8,6	0,3
Скорость утреннего подъема САД (мм рт. ст.), Me [Q25; Q75]	6,0 [2,0; 27,0]	9,0 [2,0; 17,0]	3,0 [1,0; 23,0]	0,9
Скорость утреннего подъема ДАД (мм рт. ст.), Me [Q25; Q75]	4,0 [1,0; 13,0]	4,0 [1,0; 11,0]	2,0 [1,0; 17,0]	1,0
Среднее ПАД (мм рт. ст.), M±SD	45,9±11,7	49,7±5,3	58,7±14,0	0,002
Степень ночного снижения САД (%), M±SD	9,3±5,4	7,0±5,6	8,6±6,8	0,6
Степень ночного снижения ДАД (%), M±SD	14,0±6,8	12,2±4,8	10,8±7,4	0,3

наблюдения. Скорость утреннего подъема САД в пределах нормы, для ДАД – незначительно повышена в начале периода наблюдения с нормализацией к концу наблюдения. По степени ночного снижения САД в начале периода наблюдения 45,8% пациентов относятся к нондипперам, 37,5% являются дипперами, 8,4% – овердипперами и 8,3% пациентов имеют категорию найтпикеров. В конце периода наблюдения 57,9% стали относиться к нондипперам и 42,1% – к дипперам. Представленные выше данные свидетельствуют о статистически значимом приросте среднесуточного давления, САД и ДАД в дневные часы и САД в ночные часы, несмотря на то, что среднесуточный показатель САД остался в целевом диапазоне. В данной группе также отмечается достоверное увеличение индекса времени САД днем и ночью и ДАД днем, что может свидетельствовать о неполной эффективности проводимой антигипертензивной те-

рапии для данной категории пациентов, вероятно, в связи с развитием феномена «ускользания эффекта».

Вариабельность САД и ДАД у пациентов 2 группы днем и ночью соответствует допустимым значениям. ИВСАД днем – норма в 10-20%, ИВДАД днем в начале периода наблюдения ниже нормы, к концу периода наблюдения – норма. ИВСАД ночью в начале и в конце периода наблюдения выше нормы. ИВДАД ночью в начале периода наблюдения соответствует нормальному уровню, к концу периода – превышение верхней границы нормы. Величина утреннего подъема САД и ДАД укладывается в рамки нормального значения как в начале, так и в конце периода наблюдения. Скорость утреннего подъема САД и ДАД повышена в начале периода наблюдения с нормализацией к окончанию периода наблюдения. По степени ночного снижения САД в начале периода наблюдения 80% пациентов относятся к

нондипперам, 20% являются дипперами. В конце периода наблюдения 53,8% стали относиться к нондипперам, 30,8% – к дипперам и 15,4% – к найтпикерам. По степени ночного снижения ДАД в начале периода наблюдения 40% были нондипперами, 53,2% относились к дипперам и 6,8% – овердипперы. К концу наблюдения 30,8% по степени снижения ДАД были нондипперами, 61,5% и 7,7% – дипперами и овердипперами соответственно.

Вариабельность САД и ДАД у пациентов 3 группы днем и ночью соответствует нормальным значениям. ИВСАД днем выше нормы в 10-20% в начале и в конце периода наблюдения. ИВДАД днем в начале и в конце периода наблюдения соответствует норме. ИВСАД ночью в начале и в конце периода наблюдения повышен. ИВДАД ночью выше нормы. Скорость утреннего подъема САД в пределах нормы, ДАД повышена в начале периода наблюдения и нормальная в конце. По степени ночного снижения САД в начале периода наблюдения 58,6% пациентов относились к нондипперам, 27,6% являлись дипперами и 13,8% были найтпикерами. В конце периода наблюдения 51,9% стали относиться к нондипперам,

29,6% – к дипперам, 7,4% – к овердипперам и 11,1% – к найтпикерам. По степени ночного снижения ДАД в начале периода наблюдения 34,5% были нондипперами, 62,1% относились к дипперам, и 3,4% – овердипперы. К концу наблюдения 40,8% стали нондипперами, 44,4% – дипперами, 7,4% и 7,4% – овердипперами и найтпикерами соответственно.

При проведении многофакторного дисперсионного анализа выяснилось, что в конце периода наблюдения группы статистически значимо различаются между собой по уровню среднесуточного САД ($p=0,01$), по среднему САД днем ($p=0,02$), по уровню среднего САД ночью ($p=0,01$), показателю ИВСАД ночью ($p=0,02$) и по уровню среднего ПАД ($p=0,002$).

Сосудистые изменения, возникающие под влиянием АГ и усугубляющиеся после ОНМК, приводят к изменению белого вещества головного мозга и проявляются, в конечном счете, когнитивными нарушениями и деменцией. Когнитивные функции оценивались нами с использованием Монреальского теста и определялись по общей сумме баллов, набранных пациентом. Динамика уровня когнитивных нарушений в 1-й группе представлена в таблице 3.

Таблица 3

Динамика когнитивных нарушений в группе с «целевым» уровнем САД ниже 124 мм рт. ст.

Показатели	Начало наблюдения	Конец наблюдения	P
Общий балл Ме [Q25; Q75]	24,0 [23,0; 26,0]	19,0 [18,0; 21,0] *	0,00004
Зрительно-конструктивные навыки (баллы), Ме [Q25; Q75]	4,0 [3,0; 5,0]	3,0 [2,0; 4,0] *	0,01
Называние (баллы), Ме [Q25; Q75]	3,0 [3,0; 3,0]	3,0 [3,0; 3,0]	0,7
Отсроченное воспроизведение (баллы), Ме [Q25; Q75]	3,0 [2,0; 3,0]	2,0 [2,0; 2,0] *	0,009
Внимание и концентрация (баллы), Ме [Q25; Q75]	5,0 [3,0; 6,0]	3,0 [2,0; 4,0] *	0,003
Беглость речи (баллы), Ме [Q25; Q75]	2,0 [1,0; 3,0]	2,0 [0,0; 2,0] *	0,01
Абстрактное мышление (баллы), Ме [Q25; Q75]	2,0 [1,0; 2,0]	1,0 [1,0; 2,0]	0,2
Ориентация (баллы), Ме [Q25; Q75]	6,0 [6,0; 6,0]	6,0 [6,0; 6,0]	0,07

На основании показателей таблицы 3 видно, что в 1 группе произошло снижение общего уровня когнитивных функций: снижение зрительно-конструктивных навыков, способности к отсроченному воспроизведению, внимания и концентрации, беглости речи. На основании полученных результатов по Монреальской шкале оценки когнитивных функций мы можем говорить об усугублении деменции, отнеся ее к умеренной степени выраженности. Однако, многие современные нейрофизиологи (R. Petersen, О.С. Левин) считают, что без наличия социальной де-

задаптации нельзя говорить о развитии сосудистой деменции у постинсультных пациентов. Соответственно, в данном случае мы можем говорить об умеренном когнитивном расстройстве.

Динамика уровня когнитивных нарушений во 2-й группе представлена в таблице 4.

В группе 2 отмечается положительная динамика в виде повышения когнитивных способностей: общий балл вырос до 28. Увеличилась способность к отсроченному воспроизведению и концентрации внимания, а также повысился балл

Таблица 4

Динамика когнитивных нарушений у пациентов с «целевым» уровнем САД 125-134 мм рт. ст.

Показатели	Начало наблюдения	Конец наблюдения	Р
Общий балл Ме [Q25; Q75]	24,0 [23,0; 25,0]	28,0 [26,0; 29,0] *	0,0008
Зрительно-конструктивные навыки (баллы), Ме [Q25; Q75]	3,0 [3,0; 4,0]	5,0 [4,0; 5,0] *	0,01
Называние (баллы), Ме [Q25; Q75]	3,0 [3,0; 3,0]	3,0 [3,0; 3,0]	0,5
Отсроченное воспроизведение (баллы), Ме [Q25; Q75]	2,0 [2,0; 3,0]	4,0 [3,0; 5,0] *	0,001
Внимание и концентрация (баллы), Ме [Q25; Q75]	5,0 [4,0; 6,0]	6,0 [5,0; 6,0] *	0,02
Беглость речи (баллы), Ме [Q25; Q75]	2,0 [1,0; 2,0]	2,0 [2,0; 2,0]	0,6
Абстрактное мышление (баллы), Ме [Q25; Q75]	2,0 [2,0; 2,0]	2,0 [2,0; 2,0]	0,2
Ориентация (баллы), Ме [Q25; Q75]	6,0 [6,0; 6,0]	6,0 [6,0; 6,0]	0,07

по зрительно-конструктивным навыкам. Поскольку пациенты данной группы, несмотря на повышение объективного балла, продолжали жаловаться на снижение памяти, мы можем диагностировать у них когнитивные нарушения легкой степени.

Таким образом, у пациентов 2-й группы умеренное когнитивное расстройство сменилось когнитивным расстройством легкой степени.

Динамика уровня когнитивных нарушений в 3-й группе представлена в таблице 5.

Таблица 5

Динамика когнитивных нарушений у пациентов с целевым уровнем САД 135-154 мм рт. ст.

Показатели	Начало наблюдения	Конец наблюдения	Р
Общий балл Ме [Q25; Q75]	24,0 [23,0; 26,0]	20,0 [19,0; 21,0] *	0,000003
Зрительно-конструктивные навыки (баллы), Ме [Q25; Q75]	4,0 [3,0; 5,0]	3,0 [3,0; 3,0] *	0,0003
Называние (баллы), Ме [Q25; Q75]	3,0 [3,0; 3,0]	3,0 [3,0; 3,0]	0,3
Отсроченное воспроизведение (баллы), Ме [Q25; Q75]	3,0 [2,0; 3,0]	2,0 [2,0; 2,0]	0,2
Внимание и концентрация (баллы), Ме [Q25; Q75]	5,0 [4,0; 6,0]	3,0 [2,5; 4,0] *	0,0001
Беглость речи (баллы), Ме [Q25; Q75]	2,0 [2,0; 2,0]	1,0 [0,0; 2,0] *	0,0004
Абстрактное мышление (баллы), Ме [Q25; Q75]	2,0 [2,0; 2,0]	1,0 [1,0; 2,0]	0,2
Ориентация (баллы), Ме [Q25; Q75]	6,0 [6,0; 6,0]	6,0 [6,0; 6,0]	0,1

Представленные данные подтверждают нарастание общего уровня когнитивных нарушений в результате снижения баллов по зрительно-конструктивным навыкам, снижения уровня внимания и беглости речи. Данные изменения трактуются как деменция легкой степени по шкале Мос.

При проведении дисперсионного анализа нами были получены статистически значимые различия между группами по общему баллу, характеризующему когнитивные функции ($p=0,001$), в частности, по способности к зрительно-конструктивным навыкам ($0,001$), отсроченному воспроизведению ($p=0,001$), вниманию и концентрации ($p=0,001$), беглости речи ($p=0,009$) и способности к

абстракции ($p=0,0003$). При апостериорном сравнении все три группы отличаются одна от другой ($p=0,000001$). Наилучший результат с положительной динамикой наблюдается во 2-й группе. В 1-й и 3-й группах отмечается отрицательная динамика.

В ходе исследования мы попытались оценить взаимосвязь между показателями СМАД и степенью когнитивных нарушений. Мы обнаружили корреляционную связь среднего уровня САД днем, определенного в ходе суточного мониторингирования, с уровнем внимания и концентрации ($r=0,4$ $p=0,03$). Отдельные показатели СМАД также коррелируют с состоянием органов-мишеней: ИВСАД ночью имеет прямую связь с общим уровнем когнитив-

ных функций ($r=0,4$ $p=0,04$), в частности, с уровнем внимания и концентрации ($r=0,4$ $p=0,04$). Среднее ПАД имеет обратную связь со зрительно-конструктивными навыками ($r=-0,39$ $p=0,047$).

Выводы

Выявлена взаимосвязь между показателями СМАД и степенью когнитивных нарушений.

Стабилизация АД в пределах 125-134 мм рт. ст. достоверно улучшает состояние когнитивных функций. Снижение САД менее 124 мм рт. ст., либо сохранение САД выше 135 мм рт. ст. в восстановительном периоде ОНМК приводит к ухудшению показателей когнитивных способностей.

Оценка эффективности проводимого антигипертензивного лечения у пациентов в восстановительном периоде ОНМК должна проводиться с учетом уровня когнитивных функций.

Список литературы

1. Киландер Р. Взаимосвязь артериальной гипертензии с когнитивными нарушениями: Результаты 20-летнего наблюдения 999 па-

циентов / Р. Киландер и др // Обзоры клинической кардиологии. – 2005. – № 2. – С. 37-49.

2. Сервилла Д. А. Долгосрочные предикторы результатов оценки когнитивных функций в когорте пожилых лиц, страдающих артериальной гипертензией / Д. А. Сервилла и др. // Обзоры клинической кардиологии. – 2005. – № 2. – С. 2-12.

3. Национальные рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и ВНОК // Системные гипертензии. – 2010. – № 3. – С. 5-26.

4. Шевченко О. П. Артериальная гипертензия и церебральный инсульт / О. П. Шевченко и др. – Москва. – 2001. – 192 с.

5. Старчина Ю. А., Парфенов В. А. Когнитивные нарушения у пациентов с артериальной гипертензией и их лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – № 1. – С. 27-33.

6. Launer L. J. The association between midlife blood pressure levels and late-life cognitive function. The Honolulu – Asia Aging Study / L. J. Launer et al. // Journal of the American Medical Association. – 1995. – Vol. 274. – № 23. – P. 1846-1851.

7. Scheinberg P. Dementia due to vascular disease // Stroke. – 1988. – Vol. 19. – № 10. – P. 1291-1299.

8. Nasreddine Z. Montreal Cognitive Assessment. – 2004. – Режим доступа: <http://www.mocatest.org>.