

SCI-CONF.COM.UA

SCIENTIFIC ACHIEVEMENTS OF CONTEMPORARY SOCIETY



**PROCEEDINGS OF III INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
OCTOBER 10-12, 2024**

**LONDON
2024**

11. *Біловол А. М., Пустова Н. О., Живиця О. В.* 72
АЛЕРГІЯ ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ ШКІРНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ
12. *Біловол А. М., Пустова Н. О., Пономаренко А. Л.* 75
ЧАС НА ШКІРІ: СТАРІННЯ ТА ВІДБИТКИ ЖИТТЯ
13. *Герасименко Л. В., Доценко М. Я., Шехунова І. О., Федорова О. П.,
Качан І. С., Пахомова С. П.* 82
ВПЛИВ МОДИФІКОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА
КОГНІТИВНУ ФУНКЦІЮ У ПАЦІЄНТІВ НА ГІПЕРТОНІЧНУ
ХВОРОБУ
14. *Гошовська А. В., Биков О. О.* 91
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА НЕВІДКЛАДНУ КОНТРАЦЕПЦІЮ
15. *Гришко Н. Г., Біловол А. М., Пустова Н. О.* 99
ФОТОДЕРМАТИТИ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ У ПЕРІОД
ЛІТНІХ КАНІКУЛ
16. *Денисова Д. О., Пустова Н. О., Біловол А. М.* 102
СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ В УМОВАХ ВІЙНИ
17. *Калініченко С. В., Мартинов А. В., Коваленко О. І., Антушева Т. І.* 105
ІНАКТИВАЦІЯ ВІРУСІВ ФОТОДИНАМІЧНИМ МЕТОДОМ З
ЗАСТОСУВАННЯМ СИНЬОГО СВІТЛА
18. *Кучеренко С., Різняк О., Нежива В., Рибалка С.* 108
СТРУКТУРНО-СЕМАНТИЧНИЙ АНАЛІЗ НЕОЛОГІЗМІВ ЛСГ
«ТЕРМІНОЛОГІЯ ФОБІЙ ТА ЗАЛЕЖНОСТЕЙ»
19. *Марусик У. І., Горячківська О. О., Ятчук Е. М.* 115
КАШЛЮК У ДІТЕЙ, ЧИМ НЕБЕЗПЕЧНИЙ, ТА ЯК УНИКНУТИ
ЗАХВОРЮВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)
20. *Стрижак Н. В., Алієва Т. Ю., Полякова П. Д.* 121
ДИНАМІКА ВИЯВЛЕННЯ НОВИХ ВИПАДКІВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В
УКРАЇНІ ЗА ПЕРІОД 2019-2024 РОКІВ
21. *Тищенко Т. М., Севальнєв А. І.* 125
ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ВИПАДКІВ
ТА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА COVID-19 СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

PHARMACEUTICAL SCIENCES

22. *Коритнюк Р. С., Давтян Л. Л., Дроздова А. О., Серета П. І.,
Наумова М. І., Оліфірова Т. Ф.* 131
ДЕЯКІ ПИТАННЯ З ІСТОРІЇ ФАРМАЦІЇ УКРАЇНИ

CHEMICAL SCIENCES

23. *Компаніченко А. М., Пилипчук Л. Л., Корніловська Н. В.,
Волкова С. А.* 135
СУЧАСНІ МЕТОДИ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ
РЕСУРСОЗБЕРІГАЮЧИХ ПРОЦЕСІВ В ЕКОЛОГІЧНІЙ ХІМІЇ

**ВПЛИВ МОДИФІКОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА КОГНІТИВНУ
ФУНКЦІЮ У ПАЦІЄНТІВ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

Герасименко Лариса Вікторівна

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Доценко Микола Якович,

д.мед.н., професор

Шехунова Ірина Олександрівна

к.мед.н., доцент

кафедра внутрішніх хвороб

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Федорова Олена Петрівна,

к.мед.н., доцент

Качан Ігор Сергійович,

к.мед.н., доцент

Пахомова Світлана Петрівна,

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. Порухення когнітивної функції є однією із значних проблем сучасної медицини. В останні роки численні дослідження продемонстрували роль артеріальної гіпертензії як незалежного фактора ризику розвитку та прогресування когнітивних розладів у загальній популяції, аж до деменції. Факторами ризику розвитку когнітивних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію можуть бути: неконтрольована артеріальна гіпертензія, гіпертонічні кризи, значна варіабельність артеріального тиску, вік, висока нічна гіпертензія (night-peaker) або надмірне зниження артеріального тиску вночі (over-Dipper) та спосіб життя.

Для вивчення стану когнітивної функції та психоемоційного статусу у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від факторів способу життя було

обстежено 102 пацієнти гіпертонічною хворобою II стадії.

Ключові слова: Когнітивні порушення, артеріальна гіпертензія, харчові переваги, куріння, алкоголь.

В даний час все більше уваги приділяється раннім проявам ураження головного мозку як органу-мішені при артеріальній гіпертензії (АГ). Порушення когнітивних функцій (КФ) значно підвищують ризик розвитку деменції, частота якої сягає 10-15 % на рік. [1, 4, 5]. Частота і вираженість когнітивних порушень (КП) у хворих на АГ зростає по мірі розвитку, тривалості та вираженості самої АГ, та ураження головного мозку, як органу-мішені при АГ. [1]. Прогресуюче зростання КП, та афективні (тривога, депресія) розлади, які спостерігаються у більшості пацієнтів з АГ, можуть привести до розвитку деменції. Навіть помірні КП судинного генезу, які спостерігаються при АГ, багатьма авторами вважаються прогностично несприятливими [2] і погіршують якість життя пацієнтів, негативно впливаючи на професійну діяльність, поведінку в сім'ї та суспільстві, викликають емоційний дистрес.

Слід наголосити, що не лише рівень артеріального тиску (АТ), а й спосіб життя відіграє важливу роль у цих процесах. Завдяки численним дослідженням виділено можливі фактори, що впливають на біохімічні, анатомо-морфологічні та фізіологічні процеси старіння мозку, а у багатьох випадках і на клінічну маніфестацію церебро-судинних та нейродегенеративних захворювань [1, 5, 6, 7]. Ці фактори включають: кількість споживаних калорій, склад та якість харчування, наявність шкідливих звичок, фізичну та когнітивну активність, соціальну активність, підтримання активної емоційної життєдіяльності та контроль негативного впливу стресових життєвих подій тощо [8, 9, 10]. Тому виявлення факторів, що модифікуються, спричиняють і посилюють когнітивну дисфункцію при АГ, в даний час є актуальним.

Мета дослідження: вивчити стан КФ та психоемоційного статусу залежно від факторів способу життя, такі як куріння, харчування, вживання

алкоголю у хворих на АГ.

Матеріал та методи. Нами було обстежено 102 пацієнти ГХ II стадії без супутніх захворювань, середній вік яких становив $49,84 \pm 0,83$ років. Тривалість захворювання в середньому становила $8,78 \pm 0,60$ років. Серед обстежуваних пацієнтів було 72 чоловіки (70,6%) та 30 жінок – 29,4%. АГ 2 ступеня було виявлено у 41 (40,2%) пацієнта, АГ 3 ступеня – у 61 (59,8%) пацієнта. Усі пацієнти регулярно не отримували гіпотензивну терапію. Рівень АТ оцінювався при офісному вимірі та добовому моніторингу АТ (ДМАТ).

Дослідження КФ проводилося у першій половині дня та оцінювалося за допомогою опитувальника самооцінки пам'яті McNair та Монреальської шкали оцінки КФ (MoCA тест) [3]. Опитувальник самооцінки пам'яті McNair заповнювався пацієнтом самостійно та демонстрував суб'єктивне сприйняття стану пам'яті самим пацієнтом. Грунтуючись на шкалі McNair, досліджувані відзначали, як часто вони виявляли забудькуватість у повсякденних ситуаціях. Результати опитувальника виражалися в балах, де при сумі, що дорівнює або більше 43 балів, передбачалася наявність КП.

За допомогою MoCA тесту оцінювали такі складові КФ: увагу та концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мовлення, оптико-просторову діяльність, концептуальне мислення, рахунок та орієнтованість. Результат тесту визначали шляхом підсумовування балів за кожним із пунктів. Максимально можлива кількість балів – 30; норма – 26 і більше, наявність КП визначали за показниками менше 26 балів.

Рівень реактивної тривожності оцінювали тестом Спілбергера. Відповідно до загальноприйнятих параметрів, показники реактивної тривожності, що не перевищують 30 балів, розцінювали як низький рівень, від 31 до 45 балів – помірний рівень тривожності, більше 45 балів – високий рівень тривожності [3].

Виразність симптомів депресії визначалася за шкалою Бека (Beck Depression Inventory). Результат оцінювався за сумою балів: нормальне значення становило від 0 до 9 балів, легкий рівень депресії – 10-15 балів,

помірний ступінь – 16-19 балів, сильний ступінь 20-29 балів, виражена депресія – 30 балів та вище [3].

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою комп'ютерної програми "IBM SPSS Statistics 22".

Харчування. За характером харчування, яке визначалося шляхом анкетування, хворі були поділені на дві групи: 1-а, що віддає перевагу більш здоровій їжі (риба, овочі, фрукти та обмежена кількість м'яса) і 2-а, що віддає перевагу м'ясу, солодощам, та мало рослинним продуктам. Характеристика хворих представлена таблиці 1.

Обстежувані пацієнти були зіставні за віком, тривалістю АГ, середньодобовим рівнем АТ за результатами ДМАТ. При аналізі результатів психоемоційних тестів та КФ за загальною бальною оцінкою (табл. 1) відзначено більш виражений ступінь тривожності та більший ступінь когнітивної дисфункції у 2-ій групі хворих за шкалою МоСА-тест ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Показники психоемоційної сфери та когнітивної функції залежно від харчування

Показники, одиниці вимірювання	Групи обстежуваних	
	1-а група (n=48)	2-а група (n=54)
Шкала Бека, бали	12,71±0,99	12,13± 0,76
Тест Спілбергера, бали	31,67±1,34	38,46±1,69*
МоСА тест, бали	27,23±0,21	23,32±0,42*

Примітка: * $p < 0,05$

При більш детальному аналізі результатів можна відзначити, що відсутність депресії відзначалася у 39,6% хворих першої та 38,9% другої групи. У осіб, які віддають перевагу більш здоровій їжі, легка реактивна тривожність відзначалася у 45,8 %, помірна - 43,8 %, тяжка - 10,4 % хворих. При цьому в осіб другої групи важка тривожність відзначалася у 37,05%, - помірна у 37,05%, а легка лише у 25,9% хворих ($p < 0,05$ за всіма рівнями тривожності, відповідно до груп).

За шкалою МоСА-тест: когнітивна дисфункція виявлена у 77,8% хворих другої групи та 18,5% першої ($p < 0,05$).

Таким чином, у більшій кількості осіб, які віддають перевагу менш здоровій їжі, виявлено помірну і важку реактивну тривожність, когнітивну дисфункцію.

Споживання алкоголю. За кількістю споживаного на добу алкоголю, яке визначалося шляхом анкетування, хворі були поділені на три групи залежно від доз (одна доза - 25 мл горілки або еквівалентна кількість вина чи пива). Перша – не вживали алкоголь або не більше 2 доз, друга – до 4 доз (помірне споживання), третя – понад 5 доз на день (зловживання). За основними характеристиками групи лише розрізнялися за тривалістю АГ, і чоловіків було більше у групі, що зловживають алкогольними напоями (таблиця 2).

Таблиця 2

Характеристика хворих залежно від частоти вживання алкоголю

Показники, одиниці вимірювання	Групи обстежуваних		
	1-а група (n=30)	2-а група (n=30)	3-я група (n=42)
Вік, років	51,27±1,41	48,40±1,71	49,86±1,27
Стать ч/ж	13/17	13/17	35/7
ІМТ	27,22±0,82	29,20±0,66	28,83±0,60
Тривалість захворювання, років	10,07±1,32	6,75±0,84◇	9,31±0,89*
Ср. САТ, мм рт.ст.	139,77± 2,80	138,80±2,51	138,71±2,32
Ср. ДАТ, мм рт.ст.	86,50±1,92	87,00±1,74	85,31±1,82

Примітка: * $p < 0,05$ при порівнянні 2 та 3 групи

◇ $p < 0,05$ при порівнянні 1 та 2 групи

При загальній оцінці балів встановлено (табл. 3), що достовірні розбіжності були лише за шкалою МоСА-тест в осіб третьої групи. Причому в першій і в другій групах порушення КФ відзначалося у 23,3% і 26,7% хворих, а при зловживанні алкоголем порушення відзначалися у 88,1% хворих ($p < 0,05$, відповідно з 1-ї та 2-ї ой групами).

Таблиця 3

Вплив вживання частоти алкоголю на показники психоемоційного статусу та когнітивної функції

Показники, одиниці вимірювання	Групи обстежуваних		
	1-а група (n=30)	2-а група (n=30)	3-я група (n=42)
Шкала Бека, бали	12,33±1,27	12,27±1,19	12,55±0,84
Тест Спілбергера, бали	34,07±2,05	33,60±1,95	37,31±1,90
МоСА тест, бали	26,77±0,47	26,37±0,24	23,50±0,53*▪

Примітка: ▪ $p < 0,05$ при порівнянні 1 та 2 групи

* $p < 0,05$ при порівнянні 1 та 3 групи

Привертає увагу той факт, що відсутність депресії найменше відзначалося в осіб, що зловживають алкоголем, і відзначалася у 43,3%, 43,3% і 33,3% хворих ($p < 0,05$ при порівнянні 1 і 3 групи і при порівнянні 2 та 3 групи, відповідно). Легка тривожність відзначалася у 36,7% хворих 1-ї, 46,7% - 2-ї, 26,2% - 3-ї групи пацієнтів ($p < 0,05$ при порівнянні 1 та 2 групи та при порівнянні 2 та 3 групи, відповідно).

Таким чином, серед пацієнтів, що зловживають алкоголем було більше осіб з депресією і менше з помірною реактивною тривожністю, і переважали особи з КП; при помірному споживанні алкоголю зустрічалося більше осіб з легкою тривожністю.

Тютюнопаління. За кількістю пачок цигарок, що викурюються на добу, хворі були розділені на три групи: перша - не курили, друга - викурюють до 1 пачки, третя - викурюють більше 1 пачки сигарет (затяті курці). Хворі були зіставні за віком, тривалістю артеріальної гіпертензії, середньодобовим рівнем АТ за результатами ДМАТ.

За всіма групами хворих (табл. 4), за загальної оцінки балів, рівень реактивної тривожності і ступінь депресії мали статистично достовірні відмінності ($p > 0,05$). Когнітивні порушення були більш виражені у групах курців ($p < 0,05$). Когнітивні порушення по групах за шкалою МоСА-тест

виявлені у 31,7%, 40,0% та 70,8% хворих, ($p < 0,05$ при порівнянні 1 та 3 групи та при порівнянні 2 та 3 групи).

Таблиця 4

Порівняльна характеристика показників психоемоційної сфери та когнітивної функції у хворих, що не палять та курять

Показники, одиниці вимірювання	Групи обстежуваних		
	1-а група (n=30)	2-а група (n=30)	3-я група (n=42)
Шкала Бека, бали	12,13±0,76	11,80±1,53	13,50±1,38
Тест Спілбергера, бали	36,03 ±1,55	32,07±3,00	35,25±1,95
Опитувальник самооцінки пам'яті McNair, бали	23,619±1,39	27,27±2,65°	35,71±1,92▪*
MoCA тест, бали	26,31±0,21	25,53±0,78	24,00±0,56▪

Примітка: ▪ $p < 0,05$ при порівнянні 1 та 3 групи, * $p < 0,05$ при порівнянні 2 та 3 групи, ° $p < 0,05$ при порівнянні 1 та 2 групи.

Відсутність депресії виявлено у 43,1% хворих 1-ї, 60,0% 2-ї та 25,0% 3-ї групи ($p < 0,05$, відповідно між 2-ою та 1-ою групами, 2-ї та 3-ї групами). Виражена і помірна реактивна тривожність у 69,9% хворих 1-ї, 33,4% 2-ї та 56,7 3-ї групи ($p < 0,05$, відповідно між 2-ою та 1-ою групами і 2- ой і 3-ї групами).

Таким чином, кращій психоемоційний стан виявлено при помірному курінні, а КП набагато частіше зустрічалися серед запеклих курців.

Нами встановлено, що в групі осіб, які не дотримувались здорового харчування, частка курців була вищою на 17,5 %, а тих, що вживали алкоголь на 39 %.

Враховуючи вплив частоти гіпертонічних кризів на наростання КП, ми досліджували частоту виникнення кризів в осіб залежно від факторів ризику, що вивчаються. Так, при відмові від спиртного та зловживанні алкоголем частка осіб з частими гіпертонічними кризами була співставна (20,0 % і 21,4 % відповідно). Причому у людей, що не палять і завзятих курців, кількість осіб з

частими гіпертонічними кризами була також співставна (20,6 % і 20,8 %, відповідно).

Висновки.

1. У хворих на АГ II стадії, які не отримували антигіпертензивної терапії, або лікувалися нерегулярно, за наявності таких факторів способу життя, як відсутність переваги до раціонального харчування, зловживання алкоголем, тютюнопаління - когнітивні порушення виявляються в 2,2-4,2 рази частіше.

2. Серед осіб, які не мали перевагу до здорового харчування, частка курців була вищою на 17,5%, які вживали алкоголь на 39%.

3. За наявності таких факторів способу життя, як відсутність переваги до раціонального харчування, зловживання алкоголем, затятих курців у більшій кількості хворих з АГ II стадії зустрічалося порушення психоемоційної сфери.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дзяк Л.А. Актуальні питання в проблемі нейрокогнітивних порушень.- Укр. мед. Часопис. – 2021. - №5 (145) - С. 1-7.

2. Когнітивні порушення на тлі артеріальної гіпертензії: особливості та шляхи корекції / Л.А. Міщенко, О.В. Гулкевич, І.Л. Ревенько // Здоров'я України. – 2020.- № 2 (471). - С.40-42.

3. Когнітивні порушення та деменція у хворих на артеріальну гіпертензію Частина II. Нейропсихіатричні діагностичні тести. Сучасна стратегія лікування хворих і підходи до профілактики розвитку порушень когнітивних функцій / С.М. Коваль, О.В. Мисниченко, О.М. Літвінова, Г.В. Барановська // Артеріальна гіпертензія. - 2020. - Том 13, № 4. - С.28-38.

4. Когнітивні порушення у пацієнтів з артеріальною гіпертензією: огляд літератури та власний досвід / В.А. Скибчик , О.С. Пелешко // Укр. мед. Часопис. – 2019. - №3 (131), Т. 2 . - С.1-4

5. Сіренко Ю.М. Профілактика когнітивних розладів у пацієнтів із судинними захворюваннями мозку. - Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя».- 2021. - № 16 (509). - С. 23.

6. Alcohol consumption and risk of dementia up to 27 years later in a large, population-based sample: the HUNT study, Norway / E. M. Langballe, H. Ask, J. Holmen [et al.] // *European Journal of Epidemiology*. - 2015. – Vol. 30. – P. 1049-1056.

7. Association between Mediterranean diet and dementia and Alzheimer disease: a systematic review with meta-analysis / D Nucci, A Sommariva, LM Degoni, G Gallo, M Mancarella, F Natarelli, A Savoia, A Catalini, R Ferranti, F Ernesto Pregliasco, S Castaldi, V Gianfredi // *Aging Clin Exp Res*. – 2024.- № 36(1): 77.

8. Modifiable risk factors for nursing home admission among individuals with high and low dementia risk / P.M. Rist, T.T. Nguyen, R.A. Whitmer // *Archives of Gerontology and Geriatrics*. – 2016. - Vol. 65. - P. 140–145.

9. Smoking is associated with an increased risk of dementia: A meta-analysis of prospective cohort studies with investigation of potential effect modifiers // G. Zhong, Y. Wang, Y. Zhang, J.J. Guo [et al] // *PLoS One*. - №10 (2015), p. e0118333.

10. The role of nutrition and the Mediterranean diet on the trajectories of cognitive decline / Maggi S, Ticinesi A, Limongi F, Noale M, Ecarnot F. // *Exp Gerontol*. – 2023.;173:112110.