

SCI-CONF.COM.UA

SCIENTIFIC RESEARCH: MODERN CHALLENGES AND FUTURE PROSPECTS



**PROCEEDINGS OF XI INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
JUNE 9-11, 2025**

**MUNICH
2025**

27.	Кречківська Л. М., Молоток В. В., Расенко А. В.	142
	РОЛЬ ЕНДОКАНАБІНОЇДІВ У ФІЗІОЛОГІЇ АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЇ СИСТЕМИ ЛЮДИНИ	
28.	Кривенко В. І., Герасименко Л. В., Федорова О. П., Качан І. С., Пахомова С. П., Шехунова І. О.	146
	ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	
29.	Ляхно О. В., Коннова Є. В.	152
	ПЕРСОНАЛІЗОВАНА ОНКОЛОГІЯ ТА РОЛЬ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СТАЦІОНАРІВ У НАДАННІ ДОПОМОГИ ОНКОХВОРИМ. РЕАЛІЇ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ	
30.	Ляхно О. В., Цівенко О. І., Моспанюк В. В.	158
	ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З АКСІАЛЬНИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	
31.	Мазур О. О., Ковтун В. В.	162
	ОТИТИ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ	
32.	Мокрякова М. І., Касілова М. О., Нефедова А. Р.	168
	ВИКОРИСТАННЯ ЙОДОВАНИХ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ	
33.	Москалюк О. П., Шкварковський І. В., Козловська І. М., Туницька А. О., Гарабазів Р. Я.	173
	ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ ТА ІНШІ ПІЗНІ УСКЛАДНЕННЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	
34.	Москалюк О. П., Шкварковський І. В., Федоряк С. О., Андрійчук А. О.	181
	ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗУ	
35.	Наумець Є. О., Войтенко О. А., Клименко Т. А.	186
	ОСТЕОПАТИЧНІ ТЕХНІКИ І ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ З ГОСТРИМ МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ (ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА)	
36.	Патяник С., Сиротинська І. Д.	201
	ВПЛИВ НІКОТИНУ НА СЕРЦЕВО-СУДИННУ СИСТЕМУ: МЕХАНІЗМИ ТОКСИЧНОСТІ ТА КЛІНІЧНІ НАСЛІДКИ	
37.	Поліщук С. С., Поліщук О. С.	204
	ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ У РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ	
38.	Прокопчик Д. М., Марченко І. А.	211
	ІМУНОРЕГУЛЯТОРНА РОЛЬ HLA-G ПРИ АЛЕРГІЇ	
39.	Расенко А. В., Малярєнко В. Р., Грицьков В. А.	215
	СУЧАСНІ ТРЕНДИ У ЗАСТОСУВАННІ ТОТАЛЬНОЇ ВНУТРІШНЬОВЕННОЇ АНЕСТЕЗІЇ (TIVA): АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ	

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кривенко Віталій Іванович

д.мед.н., професор

кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Герасименко Лариса Вікторівна

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Федорова Олена Петрівна

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Качан Ігор Сергійович

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Пахомова Світлана Петрівна

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Шехунова Ірина Олександрівна

к.мед.н., доцент

кафедра внутрішніх хвороб

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація: порушення когнітивних функцій є найбільш раннім проявом хронічної цереброваскулярної недостатності у пацієнтів із артеріальною гіпертензією. В результаті дослідження було встановлено залежність між ступенем фізичної активності та вираженістю когнітивних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію. Чинниками ризику погіршення когнітивних функцій у хворих був низький рівень фізичної активності.

Ключові слова: Артеріальна гіпертензія, фізична активність, когнітивні порушення.

Найбільш поширене захворювання серцево-судинної системи-артеріальна гіпертензія (АГ). 972 млн. дорослих людей у світі страждають на АГ, з них 639 млн. – в економічно розвинених країнах. У багатьох епідеміологічних дослідженнях підкреслюється, що АГ є основним модифікованим фактором ризику розвитку судинних когнітивних порушень (КП). КП в свою чергу передують появі деменції. Так, за даними деяких робіт через рік в 5–15% пацієнтів з помірними КП виникне деменція, в порівнянні в загальній популяції вірогідність її розвитку складає 1–5%.

Завдяки розвитку методів сучасної нейровізуалізації підтверджується, що тривала неконтрольована АГ може призводити до дифузних змін глибинних відділів білої речовини головного мозку – лейкоареозу, який в даний час розглядається як нейровізуалізаційний корелят хронічної ішемії мозку. Одним із найбільш значущих симптомів цієї патології є когнітивні розлади. Порушення когнітивних функцій (КФ) є найбільш раннім проявом хронічної цереброваскулярної недостатності (початкових проявів недостатності кровопостачання головного мозку, дисциркуляторної енцефалопатії) у пацієнтів із АГ. Причому, навіть легкі, та ще більшою мірою помірні КП значно погіршують якість життя пацієнтів і негативно впливають на професійну діяльність, поведінку в сім'ї та суспільстві, викликають емоційний дистрес.

У той же час, погіршуючими факторами прогресування КП, крім високого рівня артеріального тиску (АТ), є й інші потенційно модифіковані фактори, такі як низька фізична активність (ФА), низький освітній рівень, незбалансована дієта, зловживання алкоголем, ожиріння, куріння.

Існують досить переконливі докази, що регулярна ФА знижує ризик розвитку КП і призводить до зниження ризику розвитку деменції. Позитивний вплив аеробного фізичного навантаження на КФ відбувається завдяки стимуляції вироблення нейротрофічного фактора (BDNF), нормалізації серотонінергічної нейротрансмісії, зниженню рівня кортизолу, позитивному впливу на судинну систему, збільшенню церебральної перфузії та нормалізації ендотеліальної дисфункції внаслідок регуляції синтезу NO.

Так, згідно з оглядом, що включає понад 20 проспективних та рандомізованих контрольованих досліджень, доведено, що ФА пов'язана зі зниженням ризику розвитку КП та/або поліпшенням КФ. Навіть неактивні фізичні вправи у людей похилого віку значно покращують КФ. Чим у кращій спортивній формі знаходяться люди похилого віку, тим краще функціонує їх просторова пам'ять. Дворічні спостереження за літніми чоловіками показали, що у тих, хто в день проходив менше чверті милі, ризик деменції підвищувався вдвічі в порівнянні з тими, хто щодня проходив щонайменше дві милі. А десятирічне спостереження жінок показало, що регулярні інтенсивні фізичні вправи призводили до істотно нижчого ризику наростання КП та розвитку деменції проти жінок, які вели малорухливий спосіб життя.

Аеробні фізичні вправи відіграють провідну роль у протективному ефекті ФА. Так, результати метааналізу 15 проспективних когортних досліджень тривалістю 1-12 років за участю 33816 осіб підтвердили зниження ризику деменції на тлі ФА (ВШ=0,62; 95% ДІ 0,54-0,70).

Дані іншого метааналізу за участю 163797 осіб засвідчили, що високий рівень ФА, в свою чергу, знижує ризик деменції (ВШ=0,72; 95% ДІ 0,60-0,86) та хвороби Альцгеймера (ХА) (ВШ=0,55; 95% ДІ 0,36-0,84).

Слід зазначити, що більшість досліджень виконано у хворих на АГ старшої вікової категорії, а вплив ФА на стан КФ в осіб працездатного віку менш вивчений.

Тому вивчення модифікованих факторів, що впливають на КФ при АГ, є дуже актуальним з метою їх можливої подальшої корекції.

Мета дослідження: вивчити стан когнітивних функцій та психоемоційного статусу у пацієнтів гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії залежно від ступеня ФА.

Матеріал та методи. Було обстежено 102 хворих на ГХ II стадії, які не отримували антигіпертензивну терапію або лікувалися не належним чином. АГ 2 ступеня була виявлена у 40,2% хворих, АГ 3 ступеня – у 59,8%, тривалість захворювання в середньому склала $8,78 \pm 0,60$ років. Рівень АТ оцінювався при

офісному вимірі та добовому моніторингу тиску.

Стан КФ оцінювався з допомогою опитувальника самооцінки пам'яті McNair і Монреальської шкали оцінки КФ (МоСА-тест). За допомогою МоСА-тесту оцінювали такі складові КФ: увагу та концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мовлення, оптико-просторову діяльність, концептуальне мислення та орієнтованість. Рівень реактивної тривожності визначали за шкалою Ч. Д. Спілбергера. Показники реактивної тривожності, які перевищують 30 балів, розцінювали як низький рівень, від 31 до 45 балів – помірний рівень, понад 45 балів – високий рівень. На теперішній час зберігаються суттєві методологічні проблеми за критеріями оцінки ФА. Нам не вдалося виявити єдиного уявлення та загальноприйнятого протоколу за класифікацією ступеня ФА для пацієнтів із серцево-судинною патологією. Тому було використано шкалу самооцінки ФА. Ця шкала складалася з лінійки, розбитої на дванадцять градацій, і пацієнти за нею оцінювали свій ступінь ФА. За рівнем ФА хворі були поділені на три групи: перша - низька (сума балів від 0 до 5), друга – середня (6-9 балів), третя – висока (10-12 балів) ФА.

Результати та обговорення. Для вивчення впливу ФА на психоемоційну сферу, КФ пацієнти були поділені на три групи за рівнем ФА: 1-а – низька 43 хворих, 2-а – середня 40, 3-я – висока 19 хворих. Пацієнти були зіставні за віком, тривалістю АГ, показниками середнього САТ та середнього ДАТ.

Таблиця

Показники психоемоційної сфери та когнітивної функції залежно від рівня фізичної активності

Показники, одиниці виміру	Групи хворих		
	1-а група (n=43)	2-а група (n=40)	3-я група (n=19)
	Фізична активність		
	Низька	Середня	Висока
Шкала Бека, бали	15,16 ± 1,01	11,05 ± 0,83 ▪	8,89 ± 0,90°
Тест Спілбергера, бали	37,09 ± 1,66	34,73 ± 2,01	29,16 ± 2,36 °
Опитувальник самооцінки пам'яті McNair, бали	31,19 ± 1,54	23,85 ± 1,69▪	17,37 ± 2,31* °
МоСА тест, бали	24,28 ± 0,49	24,68 ± 0,39	26,58 ± 0,52* °

Примітки: *р < 0,05 при порівнянні 2 та 3 групи, °р < 0,05 при порівнянні 1 та 3 групи, ▪ р < 0,05 при порівнянні 1 та 2 групи

Ми встановили за загальною бальною оцінкою достовірне зниження ($p < 0,05$) КФ між пацієнтами з 1-ою та 3-ою групами ФА за шкалою МоСа (табл.). Частка пацієнтів з когнітивною дисфункцією становила 60,5%, 65,5%, 31,1%, відповідно до груп, як за шкалою МоСа, так і за опитувальником McNair 18,7%, 5,0%, 5,3%, відповідно. Нами виявлено статистично значущу кореляційну залежність між рівнем ФА та вираженістю КП ($r = 0,39$; $p < 0,05$), що узгоджується з доступними літературними даними.

При аналізі психоемоційної сфери встановлено більший рівень тривожності в 1-ій, ніж у 3-й групі, а тяжкість депресії більше в 1-ій, ніж у 2-й та 3-ї груп ($p < 0,05$) (табл.). Чим нижчим був рівень ФА, тим менша кількість пацієнтів мала низький рівень реактивної тривожності (25,6 %, 37,5 % та 68,4 % відповідно). Частка пацієнтів з відсутністю депресії була 16,3%, 47,5% та 63,2% відповідно за групами.

Кількість пацієнтів, які не приймали регулярне антигіпертензивне лікування до госпіталізації, була меншою у групі з низькою ФА (за групами 37,2 %, 40,0 % та 52,6 %, відповідно). Кількість пацієнтів з частими гіпертонічними кризами все ж таки була більшою в групі з низькою ФА (23,3%, 17,5% і 10,5%, відповідно).

Отже, підвищення рівня ФА сприятливо впливає на стан КФ і психоемоційну сферу. Причому, високий ступінь ФА у хворих на ГХ супроводжувався великим негативним ставленням до регулярного прийому антигіпертензивних препаратів, що, швидше за все, було зумовлене рідкісним погіршенням самопочуття, пов'язаного з підвищенням АТ. Хоча хворих із частими гіпертонічними кризами було більше серед осіб із низькою ФА.

Висновки

1. У обстежуваних пацієнтів ГХ II стадії встановлено залежність між ступенем ФА та вираженістю когнітивних порушень. Факторами ризику погіршення КФ у хворих на АГ був низький рівень ФА.

2. Порушення КФ зустрічаються достовірно частіше у хворих із низькою ФА.

3. За наявності такого фактора ризику, як низький рівень ФА у більшій кількості хворих на ГХ II стадії зустрічалося порушення психоемоційної сфери.

4. У пацієнтів ГХ доцільним є дослідження КФ та психоемоційної сфери для виділення групи ризику розвитку клінічно значущих когнітивних порушень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Боев С. С., Доценко М. Я., Герасименко Л. В., Шехунова І. О., Молодан О. В., Малиновська О. Я. Оцінка прогностичної значущості товщини інтими-медії сонної артерії і характеру перебігу гіпертонічної хвороби у визначенні когнітивної дисфункції // Артеріальна гіпертензія. - 2018.- № 3 (59). - С.7-13.

2. Дзяк Л. А. Когнітивний та нейросенсорний дефіцит різного генезу: як не пропустити головне УКР. МЕД. ЧАСОПИС. - 2021. - 4 (144) – VII/VIII - С.8-13.

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

4. Скибчик В. А., Пилипів О. С. Когнітивні порушення при артеріальній гіпертензії: методи діагностики та профілактики // Ліки України. – 2022. -№5.- С.16-20.

5. Тріщинська М. А. Судинні когнітивні порушення: особливості терапії Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія». - 2023. - № 1 (63). - С.18.

6. Swartz R. H. et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Vascular cognitive impairment, 7th edition practice guidelines update, 2024 // Alzheimer's Dement. - 2024; 21 [1]: e14324.