

На правах рукописи

АБРАМОВА Валерия Николаевна

**КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ**

14.01.11 Нервные болезни

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Саратов-2019

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Слюсарь Татьяна Александровна**

Официальные оппоненты:

Камчатнов Павел Рудольфович – доктор медицинских наук, доцент; ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики; профессор кафедры;

Белова Людмила Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор; ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации; кафедра неврологии, нейрохирургии, физиотерапии и лечебной физкультуры; профессор кафедры

Ведущая организация: государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени Михаила Фёдоровича Владимирского»

Защита состоится «___»_____2019г. на заседании диссертационного совета Д 208.094.04 ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России по адресу 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России и на сайте организации www.sgmtu.ru.

Автореферат разослан «___»_____2019 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Л.В. Музурова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В современном обществе с каждым годом увеличивается доля лиц пожилого и старческого возрастов как в мире в целом, так и в Российской Федерации в частности (Прощаев К. И. и соавт., 2008; Шабалин В. Н., 2009). Так, по данным Росстата, доля населения в возрасте старше трудоспособного (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет) увеличилась в период с 2005 по 2017 годы с 20,4 до 25,0%. Численность населения в возрасте 70 лет и старше также увеличивается: с 2001 по 2011 годы данный показатель вырос с 12 256 тысяч человек до 14 219 тысяч, а с 2016 по 2017 годы – с 13 086 до 13 230 тысяч человек (Суринова А. Е. и соавт., 2017). Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в нашей стране (для мужчин, достигших 60 лет; для женщин, достигших 55 лет) имеет тенденцию к росту; по информации Росстата, данный показатель увеличился с 2005 по 2016 годы для женщин с 22,85 до 25,80 лет, а для мужчин – с 13,26 до 16,08 лет.

Цереброваскулярная патология является распространенной в пожилом и старческом возрастах, поэтому с увеличением доли лиц данной возрастной группы возрастает и заболеваемость хроническими цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ). По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно от ЦВЗ умирают около 5 миллионов человек. Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) как одна из составляющих структуры ЦВЗ, получившая широкую распространенность, часто может приводить к развитию двигательного и когнитивного дефицита, а также инвалидизации больных, ввиду чего представляет важнейшие медицинскую и социальную проблемы, требующие решения. Нарушение когнитивных функций – один из распространенных и значимых симптомов ХИГМ, особенно часто развивающихся в пожилом и старческом возрастах. В связи с увеличением продолжительности жизни и цивилизационными изменениями, произошедшими в последние десятилетия, распространённость и социальная значимость таких нарушений неуклонно растут (Левин О. С., 2012).

Ведущую роль в диагностике цереброваскулярной патологии и когнитивных нарушений (КН) как её неотъемлемой составляющей играют методы нейровизуализации, а именно магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Данный метод позволяет уточнить характер процесса, наличие и выраженность постинфарктных и атрофических изменений, что помогает корректно подобрать терапию в каждом конкретном случае.

Учитывая увеличение доли лиц в возрасте старше 75 лет, а также медицинскую и социальную значимость данной проблемы, изучение клинических и структурных изменений, определяемых по результатам МРТ у пациентов с ХИГМ данной возрастной группы, является актуальной задачей.

Степень разработанности темы. В течение последних десятилетий с учётом сложившихся демографических изменений в популяции активно ведётся изучение проблемы старения и патологических состояний, связанных с ним. В различных исследованиях пациентов с ХИГМ описывается структура факторов риска, состояние гемодинамики, особенности течения инсульта, показатели качества жизни, нейропсихологические аспекты (Сажина О. А., 2005; Зоткина М. Н., 2016; Игнатъева К. Е., 2017; Tsao C. W. et al., 2016). Часть работ посвящены изучению особенностей течения ХИГМ у пациентов пожилого и старческого возрастов в отдельных регионах России (Ефимова Л. Н., 2007; Гарин Д. П., 2008; Кудрина П. И. и соавт., 2012; Маслова Н. Н. и соавт., 2013; Мороз Е. В., 2014). Большое внимание уделено изучению ранних стадий ХИГМ, лёгких и умеренных КН, параметров инструментальных методов для их подтверждения, а также некоторых патофизиологических аспектов ХИГМ (Абраменко Ю. В., 2009; Михайлова Н. А., 2010; Антипенко Е. А. и соавт., 2011; 2013; Костырева М. В., 2014; Дамулина А. И., 2015). Однако в настоящее время отсутствуют чёткие данные об особенностях клинических проявлений ХИГМ у пациентов старческого возраста как отдельной возрастной когорты, в частности особенности когнитивного и эмоционального статусов, их связь с изменениями вещества головного мозга по результатам МРТ.

Цель исследования: изучить клинико-нейровизуализационные особенности и корреляции неврологических, когнитивных, эмоциональных расстройств и структурных изменений головного мозга у больных с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет для разработки критериев и алгоритма диагностических мероприятий с целью оптимизации качества оказания медицинской помощи пациентам гериатрического звена.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру жалоб и особенности неврологического и соматического статусов у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет.

2. Исследовать структуру и выраженность когнитивных нарушений в зависимости от пола, возраста, длительности заболевания, уровня образования и наличия в анамнезе инсульта у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет.

3. Изучить структуру тревожно-депрессивных нарушений, расстройств сна и уровень астении у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет, выраженность данных нарушений в зависимости от пола, возраста, длительности заболевания, наличия в анамнезе инсульта, выявить взаимосвязь с выраженностью когнитивного дефицита.

4. Исследовать особенности изменений вещества головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии с учётом их выраженности в зависимости от тяжести когнитивного дефицита и наличия инсульта в анамнезе.

5. Разработать критерии и алгоритм диагностических мероприятий при хронической ишемии головного мозга у лиц старше 75 лет.

Научная новизна:

1. Впервые изучено влияние выраженности изменений вещества головного мозга по данным МРТ на структуру когнитивных нарушений у пациентов с ХИГМ старше 75 лет с учётом гендерных различий.

2. Изучены особенности и взаимосвязи когнитивных, эмоциональных, астенических нарушений с учётом полового диморфизма и структуры неврологического и соматического статусов у пациентов с ХИГМ старше 75 лет.

3. Впервые разработан алгоритм диагностики ХИГМ у пациентов старше 75 лет, учитывающий особенности течения заболевания и изменения вещества головного мозга, выявляемые при МРТ.

4. Выявлены основные клиничко-нейровизуализационные критерии ХИГМ, характерные для пациентов старше 75 лет.

Теоретическая и практическая значимость. Полученные результаты уточняют структуру когнитивных и тревожно-депрессивных нарушений у пациентов с ХИГМ старческого возраста, а также характер изменений вещества головного мозга по данным МРТ у пациентов старше 75 лет. Особенности когнитивных и эмоциональных нарушений, выраженность и характер изменений головного мозга по данным МРТ необходимо учитывать при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий, решении экспертных вопросов и прогнозировании течения заболевания. Разработанные автором шкалы способствуют комплексной оценке двигательных и вестибулярных нарушений у пациентов с ХИГМ пожилого и старческого возрастов. Созданный алгоритм обследования пациентов с ХИГМ старше 75 лет поможет практикующим врачам выявить характерные для данной возрастной группы критерии заболевания для улучшения диагностики и качества жизни пациентов.

Методология и методы диссертационного исследования. Работа выполнена в дизайне сплошного одномоментного исследования с использованием клинических, инструментальных, аналитических и статистических методов. В исследование включен 121 пациент с ХИГМ старше 75 лет, из них 57 пациентов с ишемическим инсультом в анамнезе и 64 – без инсульта. Исследование проводилось в три этапа: на первом происходило изучение и анализ литературных данных по теме диссертации, разработка дизайна исследования и методик обследования пациентов. На втором этапе

осуществлялось комплексное клиническое и инструментальное обследование пациентов. На третьем этапе – статистическая обработка полученных результатов, написание текста диссертации, написание статей и выступление на научных конференциях.

Положения, выносимые на защиту:

1. У пациентов с ХИГМ старше 75 лет, ранее перенёвших инсульт, более выражены жалобы церебрального характера, отмечается большая соматическая отягощенность по сравнению с пациентами, не имеющими инсульта в анамнезе.

2. Выраженность когнитивного дефицита более значима у пациентов с ХИГМ старше 75 лет с инсультом в анамнезе, отмечается связь выраженности когнитивного дефицита с уровнем образования.

3. Тревожно-депрессивные нарушения у пациентов с ХИГМ старше 75 лет более выражены у пациентов, перенёвших инсульт, и зависят от длительности заболевания.

4. У всех пациентов с ХИГМ старше 75 лет при анализе МРТ головного мозга выявляются отклонения изученных показателей от нормальных значений вне зависимости от наличия инсульта в анамнезе.

Степень достоверности результатов. Исследование проведено на достаточном объёме выборки с применением качественной статистической обработки и специализированных программ. Выбранные статистические методы и тесты соответствуют дизайну исследования, отражая уровень значимости полученных результатов.

Внедрение результатов исследования. Материалы диссертации используются в диагностической и лечебной работе неврологического отделения ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница», ГБУ «Тверской геронтологический центр», а также в учебном процессе на кафедре нервных болезней и восстановительной медицины ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России.

Апробация работы. Материалы диссертационного исследования доложены на VI Межрегиональной (с международным участием) научно-

практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний нервной системы» (Саратов, 1 июня 2017 г.); III Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста» (Рязань, 14 сентября 2017 г.); V межвузовской научно-практической конференции молодых учёных с международным участием «Молодёжь и медицинская наука» (Тверь, 23 ноября 2017 г.).

Диссертационная работа апробирована и рекомендована к защите на совместном заседании сотрудников кафедр нервных болезней и восстановительной медицины, факультетской терапии, общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины, физиологии с курсом теории и практики сестринского дела (протокол № 1 от 29 апреля 2019 г.).

Связь работы с научными программами, планами, темами. Тема диссертационного исследования утверждена на заседании ученого совета ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России (протокол № 12 от 12 ноября 2015 г.).

Протокол исследования на тему «Клинико-нейровизуализационные критерии хронической ишемии головного мозга у пациентов старше 75 лет» был одобрен этическим комитетом ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России (протокол заседания этического комитета от 26 февраля 2018 г.).

Диссертационная работа запланирована и выполнена в соответствии с планом НИР ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России на кафедре нервных болезней и восстановительной медицины.

Личный вклад автора. Участие в определении цели и задач исследования, формировании алгоритма обследования; ведение медицинской документации, заполнение протоколов обследования, проведение тестирования пациентов. Самостоятельно выполнены расчёт исследуемых показателей по данным МРТ головного мозга и формирование электронной базы данных; анализ и систематизация полученных результатов, их статистическая обработка. Автором лично разработан алгоритм обследования пациентов с

ХИГМ старше 75 лет, а также комплекс шкал для оценки степени выраженности вестибуло-атактических нарушений, апраксии ходьбы, пирамидных и экстрапирамидных нарушений у пациентов старческого возраста. Осуществлена подготовка печатных работ и представление результатов исследования на конференциях.

Публикации. По результатам исследования опубликовано 15 работ, в том числе 4 в журналах, рекомендованных ВАК РФ для публикаций основных материалов диссертационных исследований. Получено свидетельство о государственной регистрации электронной базы данных «Пациенты с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет (клинико-нейровизуализационные характеристики)» № 2018620738 от 22 мая 2018 года. По теме диссертационной работы проведено исследование в рамках научно-практической олимпиады «Мексидол®: 20 лет в клинической практике», работа на тему «Клинические эффекты 2-этил-6-метил-3-гироксипиридина сукцината у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет» отмечена особой оценкой экспертного совета в номинации «Лучшая научная или научно-практическая работа молодых учёных, посвящённая исследованиям и применению препарата Мексидол®».

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 143 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы содержит 265 работ, из которых 162 на русском языке и 103 иностранных источника. Текст диссертации проиллюстрирован 10 рисунками, 34 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное одномоментное исследование в условиях стационара неврологического отделения и отделения ветеранов войн и лиц, приравненных к ним по льготам ГБУЗ Тверской области «Областной клинической больницы», в период с 2014 по 2017 год. В исследование включен 121 пациент с верифицированным диагнозом ХИГМ в возрасте от 75 до 95 лет, из них 45 мужчин и 76 женщин. Медиана

возраста (с интерквартильным интервалом) для мужчин составила 84 (78,4; 89,6) года, для женщин – 81 (76,1; 85,9) год. Большая доля пациентов относилась к возрастной категории от 75 до 89 лет (36% мужчин и 70% женщин), в возрастной группе старше 90 лет находились 9% мужчин и 6% женщин.

Количество пациентов со II стадией ХИГМ составило 45 человек (37,2%), с III стадией заболевания – 76 человек (62,8%). Пациенты представленной выборки имели среднее (9,1%), среднее специальное (53,7%) или высшее образование (37,2%). Длительность заболевания на момент исследования варьировала от 5 до 30 лет (средняя длительность заболевания $15,8 \pm 0,8$ года в первой группе и $15,4 \pm 0,9$ – во второй). Диагноз и стадия заболевания устанавливались по результатам комплексного обследования пациентов (оценка неврологического статуса, нейропсихологическое тестирование, МРТ головного мозга) и на основании критериев, принятых в Российской Федерации (Дамулин И. В. и соавт., 2001; Левин О. С., 2006; Прокопенко С. В., 2015).

Критериями включения пациентов в исследование были возраст старше 75 лет; верифицированный диагноз ХИГМ II или III стадии; наличие среднего, среднего специального или высшего образования; наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации; сахарный диабет; гематологические и онкологические заболевания; перенесённые черепно-мозговые травмы и инфекционно-воспалительные заболевания центральной нервной системы; применение в течение последних 6 месяцев медикаментов, способных повлиять на результаты исследования (транквилизаторы, анксиолитики, антидепрессанты, нейролептики); для пациентов второй группы – наличие острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

В соответствии с задачами исследования пациенты были разделены на две группы: первую составили пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу в анамнезе ($n = 57$, из них 24 мужчины

и 33 женщины); вторая группа – пациенты без острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе (n=64, из них 21 мужчина и 43 женщины).

Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование (лабораторные и инструментальные исследования по показаниям), оценка жалоб, соматического, неврологического и когнитивного статусов, эмоциональной сферы, МРТ головного мозга.

При изучении структуры жалоб определялась распространенность и интенсивность головной боли, головокружения, шума в голове, нарушения координации (шаткость походки), снижения памяти, изменения настроения, нарушения сна, метеочувствительности и др. Для количественной оценки выраженности головной боли использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) боли и модифицированный вариант (Melzack R., 2005) опросника боли Мак-Гилла (The McGill pain questionnaire – MPQ). Изучение соматического статуса пациентов включало анализ медицинской документации и анамнеза, расчёт индекса полиморбидности (ИПМ) – количество заболеваний, выявляемых у одного пациента (Лазебник Л. Б., 2005).

Неврологический дефицит определяли посредством шкалы оценки степени тяжести инсульта национальных институтов США – NIHSS (Martin-Schild S., 2010) и 5-балльных шкал, разработанных автором (для оценки степени выраженности вестибуло-атактических, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, апраксии ходьбы у пациентов старческого возраста). Для выявления нарушений равновесия и ходьбы использовали шкалу оценки двигательной активности у пожилых М. Tinetti (1986). Оценка вегетативной дисфункции проводилась при помощи опросника вегетативных изменений по анкете медицинского университета им. И. М. Сеченова (Вейн А. М. и соавт., 1998).

Нейропсихологическое обследование пациентов включало оценку речи, письма, счёта, памяти и внимания. Для определения общей тяжести КН использовалась краткая шкала оценки психического статуса MMSE – Mini mental state examination (Folstein M. F. et al., 1975). Для определения степени выраженности КН применяли Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций – MoCa

(Nasreddine Z. S. et al., 2005). У части пациентов с инсультом в анамнезе использовался опросник родственника о когнитивном снижении у пожилого человека IQCODE – Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (Jorm A. F., 1994) для выявления постинсультных когнитивных нарушений (ПИКН). Лобную дисфункцию выявляли с помощью батареи тестов для оценки лобной дисфункции – БТЛД (Dubois V. et al., 2000). Зрительно-пространственные нарушения диагностировали посредством теста рисования часов, результат оценивали по 10-балльной шкале (Levensone J. L., 2005). Внимание исследовали с помощью таблиц Шульте (Блейхер В. М. и соавт., 2002). Для каждого пациента оценивался балл ишемии Хачинского (Hachinski V.C. et al., 1978).

Исследование эмоциональной сферы включало определение уровня тревоги и депрессии по шкале HADS (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983), тяжести депрессии – с использованием опросника Бэка (Beck A. T. et al., 1961), степени выраженности реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) – по данным опросника Ч.Д. Спилбергера (State-trait anxiety inventory, STAI) в модификации Ю.Л. Ханина (Spilberger C. D. et al., 1970). Субъективную степень выраженности астении определяли с помощью опросника MFI-20 – Multidimensional fatigue inventory (Smets E. M. et al., 1995) и по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) астении. Нарушения сна выявляли по данным анкеты федерального Сомнологического центра (Левин Я. И. и соавт., 1995).

Магнитно-резонансная томография головного мозга проводилась в стандартных режимах с использованием T1, T2, T2 FLAIR PROPELLER на аппарате General Electric Medical Systems, с напряжённостью магнитного поля 1,5 тесла. При анализе изображений оценивали наличие и локализацию постинфарктных изменений головного мозга, наличие лейкоареоза (ЛА) и церебральной атрофии. Проводился расчёт относительных размеров желудочков мозга: индекс передних рогов – ИПР, индекс тел боковых желудочков – ИТБЖ, индексы 3-го и 4-го желудочков мозга – ВКИ 3 и ВКИ 4 (Пурас Ю. В. и соавт., 2014). Определялись линейные размеры тел и передних рогов боковых желудочков мозга справа и слева, линейные размеры 3-го и 4-го

желудочков в миллиметрах. Оценка ЛА проводилась с использованием 5-балльной рейтинговой шкалы (Mäntylä R. et al., 1997).

Полученные результаты обрабатывались в программах MS Excel® 2007 – 2013, программе статистической обработки IBM SPSS Statistics for Windows v.22.0® SPSS Ink. (Chicago, IL. USA). При обработке данных для количественных признаков рассчитывалось среднее арифметическое значение и стандартная ошибка среднего значения ($M \pm m$). Для возраста определялась медиана и стандартное отклонение – $M1$ ($M1 - \sigma$; $M1 + \sigma$). Для определения соответствия выборки закону нормального распределения использовался критерий Колмогорова – Смирнова. Для оценки влияния группирующего фактора на количественный признак использовался расчёт критерия χ^2 Пирсона и Фишера. Для анализа различий качественных признаков в группах применяли таблицы сопряжённости с оценкой критерия χ^2 . При сравнении групп использовался U – критерий Манна – Уитни, нулевая гипотеза отклонялась при получении достоверных различий. При сравнении более двух совокупностей рассчитывали H – критерий Краскела – Уоллиса. Для оценки различий показателей справа и слева по данным МРТ головного мозга использовался t – критерий Стьюдента для парных выборок. Связи показателей в группах оценивали с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Для оценки тесноты корреляционной связи использовали общепринятые критерии: менее 0,3 – слабая корреляционная связь; от 0,3 до 0,7 – умеренная; 0,7 и более – сильная. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Клиническая характеристика пациентов с ХИГМ старше 75 лет.

Пациентов с ХИГМ старше 75 лет отличает выраженность и полиморфизм неврологических и соматических жалоб. Жалобы на головную боль, неустойчивость при ходьбе, утомляемость, метеочувствительность, судороги в конечностях, снижение памяти и настроения, плохой сон и раздражительность встречались в исследуемых группах с одинаковой частотой и имели высокую распространённость (37,5–100%). Пациенты с инсультом в анамнезе чаще предъявляли жалобы на шум в голове (92,9 и 75% – показатели для первой и

второй групп соответственно; $p < 0,01$) и слабость в конечностях (38,6 и 4,7%; $p < 0,001$) и имели большую частоту эпизодов головокружения (более 15 раз в месяц: 56,1 и 25,8%; $p < 0,01$). У женщин в обеих группах были более выраженные головные боли (средний балл по данным ВАШ для мужчин и женщин в первой группе: $3,1 \pm 0,4$ и $5,1 \pm 0,3$ балла; во второй: $3,4 \pm 0,4$ и $5,0 \pm 0,3$ балла; $p < 0,001$), а также выявлена большая эмоциональная окраска по данным MPQ.

Среди соматических жалоб доминировали кардиальные жалобы и со стороны опорно-двигательного аппарата (50,9–63,1%). Артериальная гипертензия (АГ), по данным медицинской документации, диагностирована у 100% обследованных в первой группе и у 93,7% – во второй (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика АГ у пациентов с ХИГМ старше 75 лет, абс., %, М ± m

Характеристика АГ	Группы обследованных пациентов					
	первая			вторая		
	мужчины (n = 24)	женщины (n = 33)	всего (n = 57)	мужчины (n = 20)	женщины (n = 40)	всего (n = 60)
АГ 1-й степени	1 (4,2)	3 (9,1)	4 (7,0)	3 (15,0)	2 (5,0)	5 (8,3)
АГ 2-й степени	10 (41,6)	7 (21,2)	17 (29,8)	4 (20,0)	15 (37,5)	19 (31,6)
АГ 3-й степени	13 (54,1)	23 (69,7)	36 (63,1)	13 (65,0)	23 (57,5)	36 (60,0)
Длительность АГ, годы	20,2 ± 1,06	20,1 ± 1,4	20,1 ± 0,9	19,5 ± 1,4	18,4 ± 1,2	18,7 ± 0,9
Течение АГ: стабильное	11 (45,8)	12 (36,3)	23 (40,3)	15 (75,0)	27 (67,5)	42 (70,0)**
нестабильное	13 (54,1)	21 (63,6)	34 (59,6)**	5 (25,0)	13 (32,5)	18 (30,0)
Средний уровень АД, мм рт. ст.:						
систолическое	143,7 ± 3,1	143,9 ± 1,7	143,8 ± 1,6**	132,8 ± 3,1	139,3 ± 1,9	137,1 ± 1,7
диастолическое	86,6 ± 1,5	87,2 ± 0,9	87,0 ± 0,8	82,3 ± 1,3	86,1 ± 1,1[#]	84,9 ± 0,8

Примечание. Здесь и в последующих таблицах – * – статистическая значимость различий первой и второй групп (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$), [#] – статистическая значимость различий мужчин и женщин ([#] $p < 0,05$; ^{##} $p < 0,01$; ^{###} $p < 0,001$).

При неврологическом осмотре у обследованных больных наиболее часто выявлялись рефлексы орального автоматизма, нарушения координации

движений и слабость конвергенции (62,8–96,5%). У пациентов, перенесших инсульт, чаще диагностировались анизорефлексия (45,6 и 12,5%), патологические рефлексy (28,1 и 4,6%) и слабость конвергенции (96,5 и 76,5%; $p < 0,001$), что обусловлено наличием постинсультных очагов в веществе головного мозга. Выраженность вестибуло-атаксии, апраксии ходьбы, пирамидных и экстрапирамидных нарушений также была выше у пациентов, перенёсших инсульт (табл. 2).

Таблица 2

Выраженность основных неврологических синдромов у пациентов с ХИГМ старше 75 лет, балл, $M \pm m$

Синдромы, средний балл	Группы обследованных пациентов					
	первая			вторая		
	мужчины (n = 24)	женщины (n = 33)	всего (n = 57)	мужчины (n = 21)	женщины (n = 43)	всего (n = 64)
Вестибуло-атаксия	3,29 ± 0,15	3,33 ± 0,14	3,32 ± 0,12*	2,95 ± 0,16	2,98 ± 0,13	2,97 ± 0,11
Апраксия ходьбы	1,96 ± 0,17	2,03 ± 0,15	2,0 ± 0,11*	1,86 ± 0,22	1,51 ± 1,26	1,63 ± 0,11
Пирамидный	0,88 ± 0,22	1,48 ± 0,23	1,23 ± 0,16***	0,05 ± 0,04	0,23 ± 0,08	0,17 ± 0,06
Экстрапирамидный	1,87 ± 0,24	1,58 ± 0,19	1,7 ± 0,15*	1,43 ± 0,24	1,28 ± 0,18	1,33 ± 0,14

В первой группе определялся более выраженный двигательный дефицит по шкале M. Tinnetti в целом (21,7 ± 0,6 и 24,6 ± 0,6) и по субшкалам «устойчивость» (11,05 ± 0,4 и 13,2 ± 0,4) и «походка» (10,7 ± 0,2 и 11,5 ± 0,1; $p < 0,01$), а также большие значения по шкале NIHSS (4,56 ± 0,21 и 2,81 ± 0,12 балла; $p < 0,001$). Корреляционный анализ показал, что выраженность двигательных нарушений, в частности апраксии ходьбы, увеличивается с возрастом и с длительностью заболевания ($r = 0,41-0,47$; $p < 0,05$).

При анализе четырёхпольных таблиц установлено, что пациенты, перенёсшие инсульт, в 7,8 раз чаще имели пирамидные нарушения (ОШ = 7,8 (3,2; 18,8) при 95% ДИ, $\chi^2 = 13,1$; $p < 0,001$), у них также чаще выявлялась апраксия ходьбы ($\chi^2 = 4,6$; $p < 0,05$).

Пациенты с инсультом в анамнезе отличались более выраженными нарушениями памяти, мышления, зрительно-пространственных функций, внимания и лобной дисфункции ($p < 0,05-0,001$), что подтверждается показателями шкал MMSE, MoCa, БТЛД и результатами пробы Шульте (табл. 3).

Таблица 3

Показатели памяти, внимания, лобной дисфункции и зрительно-пространственных нарушений у пациентов с ХИГМ старше 75 лет, $M \pm m$

Шкала, средний балл	Группы обследованных пациентов					
	первая			вторая		
	мужчины (n = 24)	женщины (n = 33)	всего (n = 57)	мужчины (n = 21)	женщины (n = 43)	всего (n = 64)
MMSE	19,8 ± 1,0	19,3 ± 0,8	19,5 ± 0,6***	22,5 ± 0,5	23,3 ± 0,5	23,1 ± 0,4
MoCa	16,1 ± 1,0	15,9 ± 0,8	16,0 ± 0,6**	18,8 ± 0,7	19,1 ± 0,6	19,1 ± 0,5
Субтест «память»	0,7 ± 0,2	0,7 ± 0,2	0,75 ± 0,1	0,5 ± 0,1#	1,3 ± 0,2	1,0 ± 0,1
Субтест «счёт»	3,2 ± 0,3	2,9 ± 0,3	3,1 ± 0,2***	4,2 ± 0,2	4,2 ± 0,1	4,2 ± 0,1
Проба Шульте, с	84,3 ± 6,2	94,2 ± 7,6	90,1 ± 5,1*	72,1 ± 6,8	78,8 ± 5,0	76,6 ± 4,0
БТЛД, балл	7,6 ± 0,4	8,0 ± 0,4	7,8 ± 0,2**	9,1 ± 0,4	8,7 ± 0,3	8,8 ± 0,2
Субтест «беглость речи», балл	1,1 ± 0,1	1,0 ± 0,1	1,1 ± 0,1*	1,3 ± 0,1	1,4 ± 0,1	1,2 ± 0,1
Тест рисования часов, балл	6,2 ± 0,4	5,8 ± 0,3	6,0 ± 0,2	7,1 ± 0,4	6,3 ± 0,2	6,6 ± 0,2

В первой группе в 5 раз чаще выявлялись выраженные КН (деменция умеренной и тяжёлой степеней) по сравнению с пациентами без инсульта (ОШ = 5,09 (2,05; 12,6) при 95% ДИ; $\chi^2 = 13,5$; $p < 0,001$). В обеих группах превалировала доля пациентов, имевших «сосудистые КН» (более 80% по данным теста рисования часов и более 90% по данным шкалы Хачинского).

При корреляционном анализе установлено, что у пациентов, перенёсших инсульт, отмечалась тенденция к ухудшению результатов выполнения тестов с возрастом ($r = -0,4-0,5$; $p < 0,05-0,01$) и с длительностью заболевания ($r = -0,3-0,4$; $p < 0,05$).

Структура эмоциональных нарушений у пациентов с ХИГМ старше 75 лет. Пациентов исследуемой выборки отличает в целом высокий уровень депрессии, тревоги и астении. Больные с инсультом в анамнезе имели больший уровень депрессии, тревоги, астении (табл. 4), а также большую распространённость выраженных нарушений сна (56,1 и 35,9%; $p < 0,05$).

Выраженная депрессия по данным опросника Бэка (средней степени и тяжёлая) встречалась среди пациентов, перенёсших инсульт в 4 раза чаще (ОШ = 4,4 (2,1; 9,6) при 95% ДИ; $\chi^2 = 14,9$; $p < 0,001$).

Таблица 4

Показатели тревоги, депрессии и астении у пациентов с ХИГМ старше 75 лет, $M \pm m$

Показатель, средний балл	Группы обследованных пациентов					
	первая			вторая		
	мужчины (n = 24)	женщины (n = 33)	всего (n = 57)	мужчины (n = 21)	женщины (n = 43)	всего (n = 64)
Опросник Бэка	17,4 ± 1,4	23,1 ± 1,1^{##}	20,7 ± 0,9^{***}	17,2 ± 1,1	15,7 ± 0,7	16,2 ± 0,6
HADS	13,2 ± 1,3	16,4 ± 1,0[#]	15,1 ± 0,8[*]	12,7 ± 0,9	11,8 ± 0,6	12,1 ± 0,5
Опросник Спилбергера:						
реактивная тревожность	42,4 ± 1,7	49,9 ± 1,4^{##}	46,7 ± 1,2[*]	43,4 ± 1,6	43,5 ± 1,01	43,5 ± 0,8
личностная тревожность	39,2 ± 1,3	48,5 ± 1,1^{##}	44,6 ± 1,04	40,6 ± 1,3	44,0 ± 0,9[#]	42,8 ± 0,8
ВАШ астении	7,3 ± 0,4	7,9 ± 0,2	7,6 ± 0,2^{**}	6,8 ± 0,3	6,5 ± 0,3	6,6 ± 0,2
MFI-20, общий балл	76,1 ± 3,0	80,6 ± 2,3	78,7 ± 1,8^{**}	73,7 ± 2,2	71,4 ± 2,1	72,2 ± 1,6

В обеих группах наблюдалась тенденция к увеличению уровня астении с возрастом ($r = 0,5$; $p < 0,05$) и у лиц с отягощенным соматическим статусом ($r = 0,4$; $p < 0,05$), связь астении с уровнем депрессии и тревоги ($r = 0,3-0,6$; $p < 0,01$). Выраженность депрессии ($r = 0,4$) и тревоги ($r = 0,4-0,5$) зависела от

уровня отягощённости соматической патологией ($p < 0,01$). При корреляционном анализе выявлена связь между средним баллом MMSE и уровнем депрессии по данным опросника Бэка ($r = -0,4$; $p < 0,01$). Установлено, что у пациентов с высоким уровнем депрессии (средней степени и тяжёлой) чаще выявляются выраженные КН (деменция умеренной и тяжёлой степени по шкале MMSE), $\chi^2 = 20,3$ ($p < 0,001$), ОШ = 7,2 (2,8; 18,2) при 95% ДИ.

Результаты нейровизуализационного исследования пациентов (МРТ).

Исследование проводилась как в первой, так и во второй группе (49 и 57 человек соответственно). В табл. 5 представлены средние значения размеров субарахноидальных пространств у обследованных больных.

Таблица 5

Средние значения размеров субарахноидального пространства у пациентов с ХИГМ старше 75 лет, $M \pm m$

Размеры субарахноидального пространства, мм	Группы обследованных пациентов					
	первая			вторая		
	мужчины (n = 22)	женщины (n = 27)	всего (n = 49)	мужчины (n = 17)	женщины (n = 37)	всего (n = 54)
Конвекситальная поверхность:						
лобная доля	4,8 ± 0,2	4,6 ± 0,2	4,7 ± 0,1	4,5 ± 0,3	4,5 ± 0,1	4,5 ± 0,1
теменная доля	5,0 ± 0,2	4,9 ± 0,4	4,9 ± 0,2	5,1 ± 0,4	5,2 ± 0,2	5,1 ± 0,2
височная доля	3,4 ± 0,1	3,4 ± 0,2	3,4 ± 0,1	3,7 ± 0,4	3,4 ± 0,1	3,5 ± 0,1
затылочная доля	3,1 ± 0,2	2,7 ± 0,1	2,9 ± 0,1	3,2 ± 0,3	2,7 ± 0,1	2,9 ± 0,1
Базальная поверхность:						
межжюкковая цистерна	18,1 ± 0,4^{###}	16,5 ± 0,2	17,2 ± 0,2[*]	16,3 ± 0,5	16,1 ± 0,4	16,2 ± 0,3

Большинство пациентов имели выраженные отклонения от нормы (3 мм) величины субарахноидального пространства, по конвекситальной и базальной поверхностям головного мозга, что свидетельствовало о наличии у них выраженной наружной церебральной атрофии.

Для пациентов с ХИГМ старше 75 лет наряду с наружной атрофией характерно развитие выраженной внутренней церебральной атрофии, что

подтверждается отклонениями от нормы показателей относительных и линейных размеров желудочков мозга у всех обследованных пациентов вне зависимости от наличия инсульта в анамнезе (табл. 6).

Таблица 6

Данные МРТ пациентов с ХИГМ старше 75 лет, М ± m

Показатель	Группы обследованных пациентов						Возрастные нормы (Верещагин Н. В., 1986)
	первая			вторая			
	мужчины (n = 20)	женщины (n = 29)	всего (n = 49)	мужчины (n = 17)	женщины (n = 40)	Всего (n = 57)	
ИПР, %	28,9 ± 0,7	29,06 ± 0,6	29,0 ± 0,4	29,6 ± 0,8	28,06 ± 0,3	28,5 ± 0,3	28,2–29,4
ИТБЖ справа, %	38,2 ± 0,4	38,2 ± 0,4	38,5 ± 0,2	37,8 ± 0,3	38,6 ± 0,2	38,4 ± 0,2	22,6–26,0
ИТБЖ слева, %	38,6 ± 0,3	38,6 ± 0,3	38,9 ± 0,2	38,7 ± 0,4	38,9 ± 0,2	38,8 ± 0,2	22,6–26,0
ВКИ 3, %	9,5 ± 0,3[#]	8,6 ± 0,2	9,01 ± 0,2	9,5 ± 0,3	8,8 ± 0,1	8,7 ± 0,1	4,8
ВКИ 4, %	14,6 ± 0,5	14,4 ± 0,4	14,5 ± 0,3	14,6 ± 0,5	13,5 ± 0,2	13,8 ± 0,2	11,3–13,0
Передний рог справа, мм	8,8 ± 0,7	8,7 ± 0,6	8,7 ± 0,4	9,7 ± 0,7	8,3 ± 0,3	8,7 ± 0,3	6,3
Передний рог слева, мм	9,8 ± 0,5	9,2 ± 0,5	9,5 ± 0,4	10,03 ± 0,6	9,5 ± 0,3	9,6 ± 0,3	6,3
Боковой желудочек справа ¹ , мм	13,9 ± 0,7	12,2 ± 0,4	12,9 ± 0,4	13,8 ± 0,6	12,4 ± 0,3	12,8 ± 0,3	11,1
Боковой желудочек слева ¹ , мм	14,2 ± 0,8	13,1 ± 0,5	13,5 ± 0,4	14,3 ± 0,5	13,6 ± 0,4	13,8 ± 0,3	11,1
III желудочек, мм	13,1 ± 0,5^{##}	11,2 ± 0,3	12,0 ± 0,3	11,8 ± 0,4	11,8 ± 0,2	11,8 ± 0,2	4,3
IV желудочек, мм	16,06 ± 0,6	15,3 ± 0,4	15,6 ± 0,3	15,9 ± 0,7[#]	14,3 ± 0,3	14,8 ± 0,3	12–14

Примечание. ¹ – указаны размеры центральных отделов боковых желудочков мозга.

Значения ИПР у мужчин и женщин в исследуемых группах укладывались в показатели возрастных норм, что связано с наличием менее выраженной атрофии в лобных долях у обследованных пациентов, которая более характерна для дегенеративных процессов.

Пациенты первой группы имели более выраженный ЛА ($3,63 \pm 0,08$ и $3,0 \pm 0,09$ мм – показатели для первой и второй групп; $p < 0,01$). У всех обследованных больных была отмечена умеренная корреляционная связь возраста и выраженности ЛА ($r = 0,4$; $p < 0,05$). Характерной чертой являлось наличие асимметрии передних рогов (с преобладанием их линейных размеров слева, $p < 0,05-0,01$).

Большие значения линейных размеров III и IV желудочков мозга ($p < 0,05-0,01$), высокие показатели ИТБЖ слева ($38,04 \pm 0,2$ и $38,6 \pm 0,2$ мм – показатели справа и слева, $p < 0,05$) у мужчин свидетельствуют о наличии у них более выраженных процессов атрофии в головном мозге.

При корреляционном анализе выявлены связи умеренной степени между выраженностью изменений в веществе головного мозга по данным МРТ и нарушением когнитивных функций (более показательные у пациентов, перенёсших инсульт; $p < 0,05$), установлена связь тяжести неврологического дефицита по шкале NIHSS ($r = 0,4-0,5$; $p < 0,05-0,01$) и двигательных нарушений ($r = -0,3-0,5$; $p < 0,05-0,01$) в зависимости от выраженности ЛА и церебральной атрофии.

Таким образом, на основании полученных результатов нами были выделены клиничко-нейровизуализационные критерии ХИГМ для пациентов старше 75 лет:

1. Наличие выраженных церебральных и соматических жалоб (преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата), вне зависимости от пола и наличия инсульта в анамнезе.

2. Вовлечение в патологический процесс нескольких органов и систем – полиморбидность, которая оказывает влияние на уровень депрессии, тревоги и астении.

3. Наличие координационных и двигательных нарушений умеренной и выраженной степени при неврологическом осмотре.

4. Выраженные нарушения внимания и выраженная лобная дисфункция; КН преимущественно сосудистого генеза.

5. Высокая распространенность и выраженность эмоциональных нарушений (тревога и депрессия), наличие смешанного тревожно-депрессивного расстройства.

6. Наличие выраженного астенического синдрома и вегетативной дисфункции; высокая представленность нарушений сна.

7. Выраженные церебральная атрофия и ЛА вне зависимости от пола и наличия инсульта в анамнезе по результатам МРТ головного мозга.

Учитывая изложенные критерии, нами разработан алгоритм обследования пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет (рис. 1).

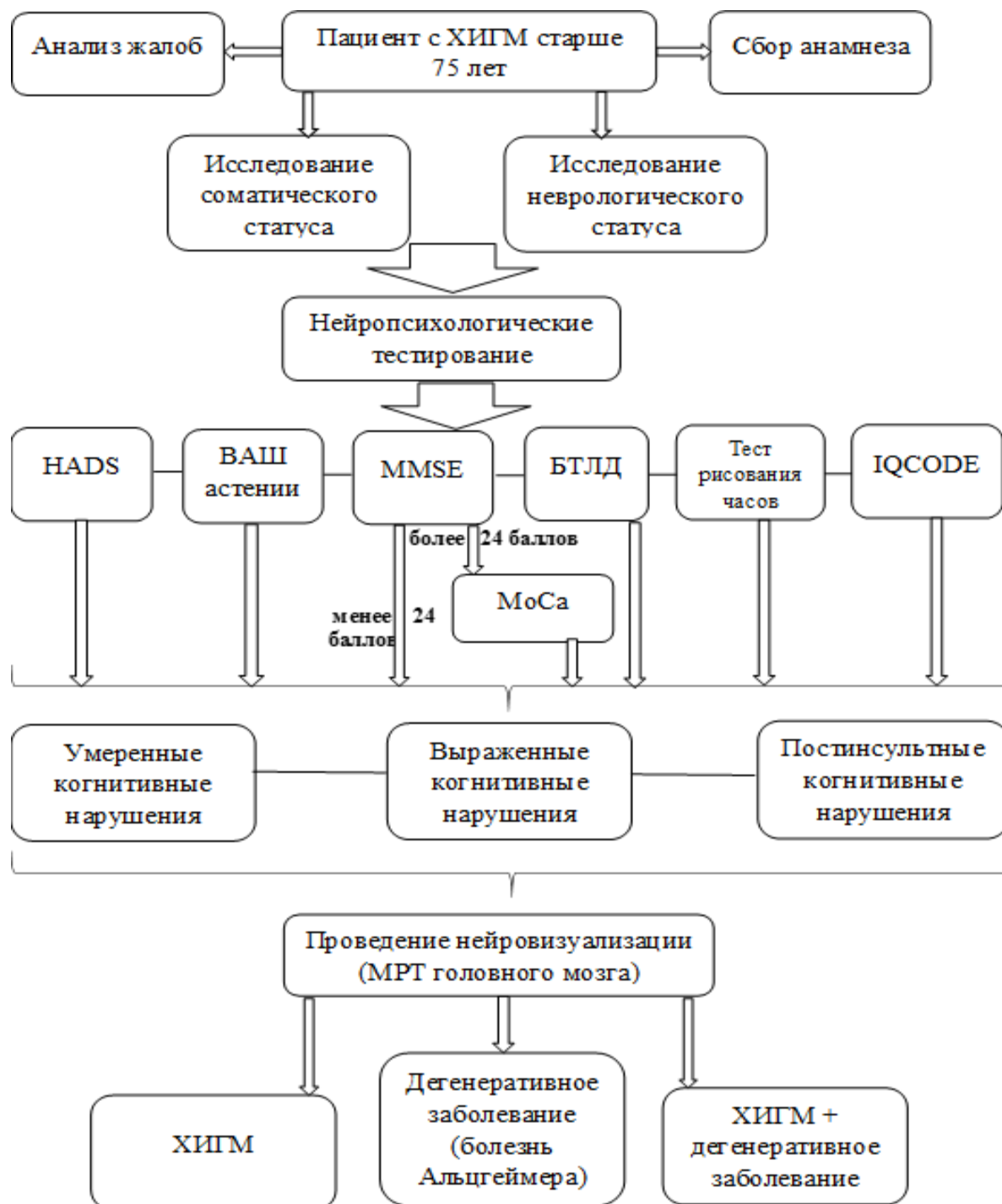


Рис. 1. Алгоритм обследования пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет

ВЫВОДЫ

1. Пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет отличает высокая представленность церебральных и соматических жалоб. Наиболее распространенными жалобами церебрального характера являются головные боли (98,2 и 98,4% – показатели для первой и второй групп), головокружение (100 и 96,8%), неустойчивость при ходьбе (100 и 98,4%), повышенная утомляемость (100 и 96,8%) и снижение памяти (100 и 98,4%). У пациентов, перенёсших инсульт, чаще встречались жалобы на шум в голове (92,9%) и слабость в конечностях (38,6%). Различия между мужчинами и женщинами выявлялись по интенсивности и эмоциональной окраске головной боли, которые были более выраженными у женщин. Последние чаще предъявляли жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, мужчины – со стороны мочевыделительной системы. Пациентов с инсультом в анамнезе отличает большая отягощённость хронической соматической патологией, нестабильное течение артериальной гипертензии, более выраженный неврологический дефицит и двигательные нарушения (пирамидные нарушения встречались у них в 7,8 раз чаще, апраксия ходьбы в 4,6 раз чаще).

2. Пациенты с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет имели значимый когнитивный дефицит (нарушения памяти, внимания, лобную дисфункцию): выраженная лобная дисфункция выявлялась в 91,2% случаев в первой группе и в 89,1% – во второй. У пациентов с инсультом в анамнезе деменция умеренной и выраженной степеней встречалась в 5 раз чаще. У 19,3% выявлены постинсультные когнитивные нарушения. Значимых различий по уровню когнитивных нарушений между мужчинами и женщинами не выявлено, за исключением результата прохождения субтеста «память», показатели которого выше у женщин. Для всех пациентов характерна связь выраженности когнитивного дефицита с уровнем образования.

3. Тревожно-депрессивные нарушения более выражены в группе с инсультом в анамнезе, зависят от длительности заболевания и коррелируют со степенью когнитивного дефицита. Депрессия средней и выраженной степеней

выявлялась у пациентов с инсультом в анамнезе в 4 раза чаще. Тревожные расстройства диагностированы у 100% обследованных, при этом пациенты, перенёвшие инсульт, имели выраженные тревожные нарушения в 2 раза чаще. Женщины с инсультом в анамнезе имели более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению с мужчинами. Астенический синдром был выражен у всех обследованных, в большей степени среди пациентов, перенёвших инсульт и с более отягощённым соматическим статусом; выраженность астении увеличивалась с возрастом. Нарушения сна диагностированы у 84,2% в первой группе и у 90,5% случаев – во второй, у обследованных больных преобладали пре- и постсомнические расстройства, а среди пациентов с инсультом в анамнезе чаще встречались явно выраженные нарушения сна.

4. У всех пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет выявляются отклонения показателей магнитно-резонансной томографии от нормальных значений (наличие атрофических изменений вещества головного мозга), вне зависимости от наличия инсульта в анамнезе, что может быть обусловлено длительностью заболевания. Пациенты, перенёвшие инсульт, имели более интенсивный лейкоареоз: 69,4% имели показатели тяжести лейкоареоза, соответствующие 4 баллам по 5-балльной шкале. Выраженность лейкоареоза увеличивалась с возрастом и коррелировала со степенью когнитивных нарушений; тяжесть неврологического дефицита и двигательных нарушений зависела от выраженности лейкоареоза и церебральной атрофии. Мужчины имели более выраженные атрофические изменения по сравнению с женщинами; у женщин атрофия более выражена в левом полушарии. Наиболее частая локализация постинсультного очага наблюдалась в бассейне средних мозговых артерий и подкорковых структурах.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При обследовании пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет рекомендуется использовать разработанные автором критерии диагностики хронической ишемией головного мозга и алгоритм обследования для пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет.

2. Пациентам с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет, находящимся на стационарном лечении или амбулаторном приёме, целесообразно назначение магнитно-резонансной томографии головного мозга для оценки выраженности изменений и динамического наблюдения.

3. В лечебно-диагностическом процессе при определении уровня когнитивного дефицита пациентам с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет, имеющим высокий балл по краткой шкале оценки психического статуса (более 24), рекомендуется дополнительно применять Монеральскую шкалу с целью выявления более лёгких когнитивных нарушений; для выявления эмоциональных нарушений и астении следует использовать более простые варианты шкал (Госпитальную шкалу тревоги и депрессии, визуальную аналоговую шкалу астении).

4. При описании магнитно-резонансной томографии головного мозга целесообразно учитывать результаты теста рисования часов (прицельный осмотр гиппокампальной области у пациентов, набравших менее 5 баллов по результатам теста рисования часов) с целью своевременного выявления дегенеративных процессов и назначения патогенетической терапии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Влияние инсульта в анамнезе на выраженность астении и депрессии у пациентов старческого возраста с хронической ишемией головного мозга / В.Н. Абрамова // Молодёжь и медицинская наука: материалы науч.-практ. конф. – Тверь: Ред. изд. центр Тверского ГМУ, 2017. – С. 12–13.

2. Выраженность когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов старческого возраста с хронической ишемией головного мозга в зависимости от уровня образования / В.Н. Абрамова, А.М. Поспелова // Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста: материалы науч.-практ. конф. – Рязань: Изд-во ООП УИТТиОП, 2017. – С. 71–73.

3. Депрессивные расстройства у пациентов старческого возраста с хронической ишемией головного мозга / В. Н. Абрамова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. Спец. вып.: Психология и

медицина: пути поиска оптимального взаимодействия. – Рязань: Изд-во РязГМУ, 2017. – С. 20–23.

4. Клинические и нейровизуализационные особенности когнитивных нарушений у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет / В. Н. Абрамова // Горизонты медицинской науки: материалы науч.-практ. конф. – М.: Изд-во РМАНПО, 2017. – Т. 1. – С. 32–34.

5. Клинические и нейровизуализационные характеристики нейропсихологических нарушений у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет / В.Н. Абрамова, Ю.В. Абраменко, Т. А. Слюсарь // ЭНИ Забайкальский медицинский вестник. – 2017. – № 3. – С. 1–6.

6. Особенности магнитно-резонансной томографии головного мозга у мужчин и женщин старше 75 лет с хронической ишемией головного мозга / В.Н. Абрамова // Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста: материалы науч.-практ. конф. – Рязань: Изд-во ООП УИТТиОП, 2017. – С. 104–106.

7. Особенности нарушений эмоциональной и вегетативной сферы у пациентов старше 75 лет с хронической ишемией головного мозга / В.Н. Абрамова, Ю.В. Абраменко // Молодёжь. Наука. Медицина: материалы науч.-практ. конф.– Тверь: Ред.-изд. центр Тверского ГМУ, 2017. – С. 225–226.

8. Особенности соматического и неврологического статуса у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет / В.Н. Абрамова // Молодёжь и медицинская наука: материалы науч.-практ. конф. – Тверь: Ред.-изд. центр Тверского ГМУ, 2017. – С. 7–11.

9. Особенности эмоциональных и вегетативных нарушений, морфологических изменений головного мозга у пациентов старше 75 лет с хронической ишемией головного мозга / В.Н. Абрамова, Ю.В. Абраменко // Фундаментальная наука и клиническая медицина. Человек и его здоровье: материалы науч.-практ. конф. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2017. – С. 13–14.

10. Проявления астении и депрессии у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет / В.Н. Абрамова // Врач-аспирант. – 2017. – № 6.4 (85). – С. 428–433.

11. Сравнительная характеристика нейропсихологических расстройств у мужчин и женщин пожилого возраста с хронической ишемией головного мозга / Ю.В. Абраменко, Т.А. Слюсарь, В.Н. Абрамова // Тверской медицинский журнал. – 2015. – № 8. – С. 1–6.

12. Структура эмоциональных нарушений у мужчин и женщин с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет / В.Н. Абрамова, Ю.В. Абраменко, Т.А. Слюсарь // Давиденковские чтения: сб. тезисов – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2017. – С. 5–6.

13. Изменения вещества головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет / В.Н. Абрамова, Т.А. Слюсарь // Кремлёвская медицина. Клинический вестник. Неврология и нейрохирургия. – 2018. – № 3. – С. 23–27.

14. Структура когнитивных нарушений у пациентов с хронической ишемией головного мозга старческого возраста / В.Н. Абрамова // Медицинский алфавит. Сер.: Неврология и психиатрия. – 2018. – Т. 1. – С. 57–58.

15. Особенности хронической ишемии головного мозга у пациентов старческого возраста, перенёсших ишемический инсульт / В. Н. Абрамова, Т.А. Слюсарь // Тверской медицинский журнал. – 2019. – № 1. – С. 1–9.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия	ПИКН – постинсультные когнитивные нарушения
БТЛД – батарея тестов лобной дисфункции	РТ – реактивная тревожность
ВАШ – визуальная аналоговая шкала	ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания
ВКИ 3 – вентрикуло-краниальный индекс 3-го желудочка	ХИГМ – хроническая ишемия головного мозга
ВКИ 4 – вентрикуло-краниальный индекс 4-го желудочка	HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии
ДИ – доверительный интервал	IQCODE – опросник родственника о когнитивном снижении у пожилого человека
ИБС – ишемическая болезнь сердца	MFI-20 – субъективная шкала оценки астении
ИПМ – индекс полиморбидности	MMSE – шкала краткой оценки психического статуса
ИПР – индекс передних рогов	MoCa – Монреальская шкала оценки когнитивных функций
ИТБЖ – индекс тел боковых желудочков	MPQ – опросник боли Мак-Гилла
КН – когнитивные нарушения	NIHSS – шкала оценки степени тяжести инсульта национальных институтов США
ЛА – лейкоарезоз	
ЛТ – личностная тревожность	
МРТ – магнитно-резонансная томография	

Научное издание

Абрамова Валерия Николаевна

**КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Подписано к печати2019.

Гарнитура Таймс. Формат 60 x 84 1/16.

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Объем 1 усл.-печ. л. Заказ № ____

Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии: