

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДИСТЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Т. Х. МИХАЕЛЯН

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведена сравнительная характеристика сосудистых когнитивных нарушений у больных с дисциркуляторной энцефалопатией, показана необходимость совместного применения скрининговых шкал для выявления когнитивных нарушений.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные нарушения, MMSE, FAB.

Значительная распространенность сосудистых заболеваний головного мозга, высокий процент инвалидности и смертности от них выдвигают эту проблему в число важнейших, имеющих не только медицинское, но и общегосударственное значение.

Исключительно широкое распространение имеют хронические нарушения мозгового кровообращения (ХНМК). Больные с данными расстройствами составляют значительную часть контингента неврологического стационара. В отечественной классификации такие состояния описываются как дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ). ДЭ — прогрессирующее многоочаговое расстройство функций головного мозга, обусловленное недостаточностью его кровообращения. Согласно приказу МЗ Украины от 17.08.2007 г. № 487 («Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія») для постановки диагноза ДЭ необходимо наличие когнитивных и/или эмоционально-аффективных нарушений, подтвержденных с помощью нейропсихологических исследований.

Традиционно основным объектом интереса исследователей была сосудистая деменция, которая, как считается, является второй по распространенности в популяции после первично-дегенеративной. В настоящее время все большее внимание уделяется менее тяжелым когнитивным нарушениям (КН) [6].

Расстройства в познавательной сфере представляют одну из важнейших проблем современной неврологии и нейрогериатрии, имеющую как медицинское, так и социальное значение [2–5]. Это отражает общую тенденцию в современной нейрогериатрии к максимальной оптимизации ранней диагностики и терапии КН, с тем чтобы предупредить развитие деменции [4]. Продолжительность жизни и ее качество напрямую зависят от сохранности когнитивных функций. КН являются облигатными клиническими проявлениями всех вариантов острых и хронических цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). К особенностям

КН на фоне ЦВЗ относятся их сочетание с неврологическими нарушениями (двигательными, речевыми, координаторными), что делает эту проблему особенно актуальной для неврологов [4, 6].

Актуальность проблемы ХНМК определяется не только распространенностью, но и ее социальной значимостью: когнитивные и неврологические нарушения при ДЭ могут быть причиной тяжелой инвалидизации больных. Согласно государственной программе «Запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 рр.» необходимы мероприятия первичной и вторичной профилактики, своевременное предоставление специализированной медицинской помощи, реабилитационные мероприятия. Поэтому важным условием ведения этих больных является ранняя диагностика КН для выявления додементных стадий развития процесса. Необходимо организация специализированных кабинетов для оказания помощи пациентам с КН. В современной неврологии существуют возможности эффективной профилактики, лечения и реабилитации пациентов с КН на ранних этапах эволюции когнитивного дефицита.

Значение анализа состояния когнитивных функций в клинической практике не ограничивается только необходимостью лечения и профилактики собственно когнитивных расстройств. Исследование когнитивных функций позволяет уточнить локализацию и тяжесть повреждений головного мозга; уточнить причину; в более ранние сроки диагностировать поражение мозга при неврологических и соматических заболеваниях; уточнить динамику развития или регресса патологического процесса; повысить эффективность профилактики, лечения, реабилитации; точно сформулировать прогноз.

Цель исследования — оптимизация ранней диагностики и коррекции КН у пациентов с ДЭ путем изучения особенностей клинических, нейропсихологических, МРТ-исследований.

В исследование включены 103 пациента с диагнозом ДЭ I и II стадии.

Критериями включения были следующие: клинически установленный диагноз ДЭ I и II стадий, подтвержденный методами нейровизуализации (МРТ);

отсутствие выраженного стенозирующего окклюзионного процесса крупных сосудов шеи и головы (по данным УЗДГ);

клинические признаки атеросклероза с использованием данных липидемического профиля;

отсутствие признаков выраженной сердечной недостаточности;

отсутствие сопутствующих острых и хронических заболеваний в стадии декомпенсации, которые могли бы оказать влияние на течение болезни (сахарный диабет, патология щитовидной железы, коллагенозы, гнойно-воспалительные заболевания, синдромы эндогенной интоксикации и др.);

отсутствие острых кардиальных причин (инфаркт миокарда, аритмия, искусственные клапаны сердца, выраженная сердечная недостаточность при ИБС).

Среди причин развития заболевания 85% составляли длительное нервно-психическое и физическое перенапряжение на производстве и в быту; 46% — нарушение режима труда и отдыха, 7% — злоупотребление спиртными напитками, 35% — курение, 68% — нерациональное соотношение потребления животных жиров, углеводов, поваренной соли на фоне низкой физической активности, 62% — наследственная отягощенность сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС, атеросклероз, ГБ, инфаркт миокарда).

Неврологический осмотр проводился по схеме с использованием традиционных методов оценки функций черепных нервов, двигательной и чувствительной сфер, оценки мозжечковых функций и функций тазовых органов. Для исследования высшей нервной деятельности применялись рейтинговая краткая шкала оценки (Mini Mental State Examination — MMSE), батарея тестов лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery — FAB) [7, 8]. По шкале MMSE норма составляла 28–30 баллов, легкие когнитивные расстройства — 24–27 баллов, деменция легкой степени — 20–23 баллов, деменция умеренная — 11–19 баллов, деменция тяжелая — 0–10 баллов; по шкале FAB норма была в диапазоне 17–18 баллов, умеренные когнитивные расстройства — 15–16 баллов, тяжелые когнитивные расстройства — 12–15 баллов, деменция — 0–12 баллов.

В диагностике деменции с преимущественным поражением лобных долей имеет значение сопоставление результата FAB и MMSE: о лобной деменции говорит крайне низкий результат FAB (менее 11 баллов) при относительно высоком результате MMSE (24 и более баллов).

При деменции альцгеймеровского типа легкой выраженности, напротив, снижается прежде всего показатель MMSE (20–24 балла), а показатель FAB остается максимальным или снижается незначительно (более 11 баллов). Наконец, при

умеренной и тяжелой деменции альцгеймеровского типа снижается как показатель MMSE, так и показатель FAB.

Выбор данных шкал обусловлен тем, что КН сосудистого генеза часто сочетаются с дегенеративными процессами.

В исследование включен 21 (20,4%) пациент с ДЭ I стадии (первая группа) и 82 (79,6%) пациента с ДЭ II стадии (вторая группа).

Клинико-неврологические нарушения при ДЭ I–II стадии проявляются цефалгическим (97,9%), вестибуло-атактическим (62,6%), ликворно-гипертензионным (43,9%), астеническим (32%), псевдобульбарным (11%) синдромами, вегетативной дисфункцией в виде панических атак, смешанных пароксизмов (27%), эмоциональной дисфункцией (12%), чувствительными нарушениями (13,9%), пирамидной недостаточностью (41,2%).

При нейропсихологическом исследовании по шкале MMSE в первой группе оценка составила в среднем $28,8 \pm 1,2$ балла, во второй группе у пациентов в возрасте 51–60 лет — $24,5$ – $27,8$ балла; в возрасте 61–85 лет — $23,5$ – $26,8$ балла.

Результаты были снижены по следующим параметрам: ориентация в месте и во времени, фиксирование в памяти, концентрация внимания, копирование рисунка, повторение простых пословиц.

Количество больных со значениями, пограничными с деменцией, в первой группе было 2,7%, во второй — 6%. Граничащая с деменцией оценка (23,5 баллов) выражалась снижением показателей по всем пунктам шкалы MMSE.

В первой группе снижался результат теста за счет неверного копирования рисунка или снижения памяти (в памяти фиксировались слова, но при последующей проверке из 3 слов в 15% случаев больные либо не называли ни одного слова, либо называли слова не в том порядке, заменяя забытые).

Во второй группе снижался результат теста за счет неверного копирования в 75% случаев. Пациенты затруднялись повторить сложную фразу, более чем у 60% серийный отсчет был нарушен. У больных в возрасте 51–60 лет снижались показатели тестов на память в 74%; на ориентировку во времени и написание предложения — в 24%.

У пациентов в возрасте 61–70 лет — на ориентировку на месте — в 43,1%, восприятие — в 58,7%, память — в 74% случаях. В возрасте 71–85 лет обнаруживались затруднения при назывании предметов, выполнении трехэтапной команды, у 81% больных наблюдалось резкое снижение показателей памяти.

Нейропсихологическое тестирование по FAB в первой группе показало результат $17,1 \pm 0,9$ балла, во второй группе — $15,4 \pm 0,18$ балла (51–60 лет), 12–15 баллов (61–85 лет).

У больных во второй группе затруднялись беглость речи ($1,66$ – $1,85$, $p < 0,05$) и реакция выбора ($1,75$ – $1,88$, $p < 0,05$). При выполнении трехэтапной двигательной программы у 15% возникали трудности или динамическая апраксия.

Таким образом, результаты по шкале MMSE и FAB оказались не идентичны. У 34% больных с нормальными показателями когнитивных функций MMSE имелась симптоматика по FAB (концептуализация, беглость речи, праксис, реакция выбора). Полученные результаты подчеркивают необходимость определения чувствительных тестовых шкал, применение которых позволяет обнаружить легкие КН, касающиеся отдельных познавательных функций.

В первой группе снижалось качество выполнения проб на праксис, реакцию выбора, речевые функции, оптико-пространственную деятельность. Во второй — наблюдались умеренные КН в виде снижения и нарушения регуляторных составляющих (контроль за деятельностью, ее программирование и произвольная регуляция), операционных составляющих (праксис, речевая функция, оптико-пространственная деятельность).

По данным МРТ очаги симметричны, гиперинтенсивны на T₂-взвешенных изображениях, локализируются преимущественно в белом веществе,

реже — в базальных ганглиях. Выявлена наружная и/или внутренняя гидроцефалия с признаками атрофии коры.

Отсутствие идентичности показателей при оценке когнитивного статуса по шкалам свидетельствует о необходимости совместного применения скрининговых шкал для выявления КН. У больных с ДЭ I и II стадии ядром клинической картины следует признать КН. Ведение больных с КН должно основываться на ряде общих положений: раннее выявление КН; определение их тяжести при динамическом наблюдении за больными; уточнение характера и патофизиологии КР; раннее начало с применением симптоматической и, при возможности, этиопатогенетической лекарственной и нелекарственной терапии при ее большой длительности и непрерывности; лечение сопутствующих неврологических, невропсихических и соматических расстройств; медицинская, профессиональная и бытовая реабилитация; при тяжелых КН — медицинская социальная помощь членам семьи больных.

Литература

1. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Невролог. журн.— 2006.— Т. 11, прил. № 1.— С. 4–12.
2. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте // *Neuronews*.— 2007.— № 2 (03).— С. 70.
3. Москаленко В. Ф., Волошин П. В., Петрашенко П. Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку // *Укр. вісн. психоневрології*.— 2001.— Т. 9, Вип. 1 (26).— С. 5–8.
4. Яворская В. А., Фломин Ю. В., Гребенюк А. В. Подходы к исследованию когнитивных функций при цереброваскулярных заболеваниях и других органических поражениях головного мозга: обзор иностранной литературы // *Междунар. невролог. журн.*— 2008.— № 2 (18).— С. 131–138.
5. Когнитивные нарушения при цереброваскулярной патологии / В. А. Яворская, Б. В. Михайлов, Ю. В. Фломин, А. В. Гребенюк // *Судинні захворювання головного мозку*.— 2008.— № 2.— С. 10–20.
6. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание.— СПб.: Питер, 2008.— 496 с.
7. The 5-word test: a simple and sensitive test for the diagnosis of Alzheimer's disease / B. Dubois, J. Touchon, F. Portet et al.— Paris, 2002.— 19 p.
8. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. Mini-Mental State: a practical guide for grading the mental state of patients for the clinician // *J. Psychiatr. Res.*— 1975.— Vol. 12.— P. 189–198.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУДИННИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Т. Х. МИХАЕЛЯН

Проведено порівняльну характеристику судинних когнітивних порушень у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією, показано необхідність сумісного застосування скринінгових шкал для виявлення когнітивних порушень.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, когнітивні порушення, MMSE, FAB.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF VASCULAR COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

T. Kh. MIKHAELIAN

Comparison of vascular cognitive disorders in patients with dyscirculatory encephalopathy was done. The necessity of simultaneous application of screening scales to reveal cognitive disorders is shown.

Key words: dyscirculatory encephalopathy, cognitive disorders, MMSE, FAB.

Поступила 02.07.2012