УДК 616.8

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ВТОРОЙ СТЕПЕНИКурдакова Д.В.³, Пенина Г.О.^{1,2}, Воронкова Л.Н.^{1,3}¹Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина;²Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов;³Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница №26»**COGNITIVE IMPAIRMENT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SECOND-DEGREE DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY**Kurdakova D.V.³, Penina G. O.^{1,2}, Voronkova L.N.¹¹Syktivkar State University named after Pitirim Sorokin;²Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts;³St. Petersburg state budgetary institution of health «City Hospital №26»**Аннотация**

В статье исследованы когнитивные расстройства и проведена оценка качества жизни у больных с дисциркуляторной энцефалопатией второй степени, получающих лечение в условиях неврологического стационара. Дисциркуляторная энцефалопатия является основной клинической формой хронической сосудистой мозговой недостаточности. Данная категория больных чаще всего госпитализируется в стационары неврологического профиля, нежели при первой или третьей степени. Часть таких пациентов являются трудоспособными, социально активными гражданами.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные расстройства, аффективные расстройства, качество жизни

В настоящее время наблюдается рост цереброваскулярных заболеваний, что связано с увеличением средней продолжительности жизни в большинстве развитых стран и ухудшением экологической обстановки. [8,13]. Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) — одна из основных причин летальности и стойкой утраты трудоспособности больных. В структуре общей смертности цереброваскулярные заболевания занимают 21,4%, от 15 до 30% больных, пере-

Abstract

The article investigates cognitive disorders and assesses the quality of life in patients with second-degree discirculatory encephalopathy receiving treatment in a neurological hospital. Discirculatory encephalopathy is the main clinical form of chronic cerebrovascular insufficiency. This category of patients is most often hospitalized in hospitals of the neurological profile, rather than at the first or third degree. Some of these patients are able-bodied, socially active citizens.

Keywords: discirculatory encephalopathy, cognitive disorders, affective disorders, quality of life.

несших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), остаются стойкими инвалидами [12]. Согласно классификации нарушений мозгового кровообращения, принятой в нашей стране в 1958 г., дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) является основной клинической формой хронической сосудистой мозговой недостаточности [11]. Дисциркуляторная энцефалопатия — это мелкоочаговое поражение головного мозга вследствие снижения поступления крови в головной мозг в пределах от 35 до 20

мл/100г/мин при нормальной интенсивности кровотока не менее 55 мл/100г/мин. Выделяют следующие ее формы: атеросклеротическую, гипертоническую, венозную, смешанную [8,14]. Для первой стадии дисциркуляторной энцефалопатии характерны, прежде всего, субъективные жалобы, такие как: нарушение внимания, памяти (на текущие события), повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, которые сопровождаются достаточно стойкими объективными расстройствами в виде анизорефлексии, дискоординаторных явлений, легких глазодвигательных нарушений, симптомов орального автоматизма. Трудоспособность и адаптация при той стадии сохранена. При второй стадии появляются личностные, аффективные расстройства, нарушения сна. В неврологическом статусе выявляются пирамидные, мозжечковые расстройства. Снижается трудоспособность, социальная адаптация. При третьей стадии усугубляются симптомы, характерные для первой и второй стадии, когнитивные расстройства становятся выраженными до деменции. [8,11].

Когнитивные функции – совокупность процессов, с помощью которых осуществляется самопознание, познание мира и общение. Аффективные расстройства – группа отклонений в эмоциональной сфере. Увеличение возраста – один из главных факторов риска развития когнитивных расстройств. Распространенность деменции среди лиц старше 65 лет составляет 65%, умеренных когнитивных расстройств до 20% [7]. Выделяют три степени выраженности когнитивных расстройств: легкие, умеренные и выраженные [15]. Легкое когнитивное снижение (расстройство) характеризуются отдельными когнитивными симптомами (повышенная забывчивость, утомляемость, трудности сосредоточения) и никак не влияет на бытовую, профессиональную и социальную деятельность пациента. Умеренное когнитивное снижение проявляется моно- и полифункциональными расстройствами когнитивных функций, носят как объективный, так и субъективный характер. Оно не вызывает расстройства профессиональной и социально-бытовой адаптации пациента, но приводит к повышенному патологическому напряжению при интеллектуальной деятельности. В 2004г. J. Touchon, R. Petersen были приняты диагностические критерии для постановки синдрома умеренных когнитивных расстройств:

1) Когнитивные нарушения, по словам пациента и/или его ближайшего окружения (последнее предпочтительней). 2) Признаки ухудшения когнитивных способностей по сравнению с индивидуальной нормой для данного индивидуума, которое произошло в недавнее время. 3) Объективные свидетельства когнитивных нарушений, полученные с помощью нейропсихологических тестов. 4) Нет нарушений привычных для пациента форм повседневной активности. Однако могут быть трудности в сложных видах деятельности. 5) Деменция отсутствует – результат по MMSE составляет не менее 24 баллов. [1,5]. Выделяют 4 клинических варианта синдрома умеренных когнитивных расстройств (полифункциональный и монофункциональный тип, которые в свою очередь могут быть с нарушением памяти и без нарушения). [7]

Целью настоящей работы явилось исследование когнитивных и эмоциональных нарушений, а также оценка качества жизни у пациентов с установленным диагнозом: ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия второй степени. Методом выборочного исследования обследовано 40 пациентов, находившихся на лечении в СПб ГБУЗ «Городская больница №26». Рандомизация достигалась путем случайного бесповторного отбора из числа пациентов, находившихся на лечении в неврологическом стационаре. Из исследования были исключены лица с нарушениями сознания, тяжелой соматической отягощенностью и грубым когнитивным дефицитом, препятствовавшим заполнению анкет. Изучался соматический и неврологический статус, результаты клинико-лабораторных, функционально-диагностических исследований, данных нейровизуализации. Для комплексной скрининговой оценки когнитивных и эмоциональных расстройств использовались краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), MoCa-тест, таблица Шульте, шкала тревоги Спилбергера-Ханина, шкала оценки депрессии CES-D, опросник SF 36, шкала Бартел и тест «батарея лобной дисфункции» для исключения из исследования пациентов с деменцией с преимущественным поражением лобных долей (лобно-височная деменция, болезнь Пика) или подкорковых образований мозга.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью первичных и вторичных методов, в том числе вычисления средней арифметической, стандартного от-

клонения, использования непараметрических критериев для оценки достоверности, определение доверительных интервалов.

За период наблюдения (май 2016 - март 2017) нами были обследованы 40 пациентов первого неврологического отделения СПб ГБУЗ «Городская больница № 26». Средний возраст пациентов составил $63,6 \pm 9,7$. В группе преобладают женщины (29 человек, 72,5%). Средний возраст мужчин составил, по данным исследования $64,5 \pm 10,9$ лет, средний возраст женщин – $63,2 \pm 9,4$ года (различия статистически не значимы). Из 40 пациентов 47,5% являются работающими гражданами, среди неработающих пациентов 52,4% инвалидов 1, 2 и 3 групп (9%, 54,5% и 36,6% соответственно), среди работающих граждан один пациент признан инвалидом 3 группы.

Следует отметить, что у всех вошедших в исследование пациентов отмечался неврологический дефицит разной степени тяжести, а установленный диагноз был подтвержден необходимыми клинико-функциональными, лабораторно-диагностическими, нейровизуализационными и другими исследованиями в соответствии с утвержденными стандартами. В клинической картине преобладали вестибуло-мозжечковые расстройства (92,5% обследуемых). В 12,5% случаев встречался астено-невротический синдром. 32,5% пациентов в прошлом перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, 5% была проведена каротидная эндартерэктомия. [2,3,4,9,10].

Среднее значение по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) составило $27,4 \pm 1,9$ балла. Нормальные показатели когнитивных способностей (равное и более 25 баллов) выявлены у 85% пациентов (средний балл $28 \pm 1,3$), у 15% пациентов средний балл 24 ± 0 , что соответствует легкой деменции (диапазон 21-24 балла). Средний балл по шкале MoCa составил $27,2 \pm 2,6$, при этом у 20% опрошенных балл был ниже 26, что соответствует когнитивному снижению. Однако следует отметить, что среди вышеописанных 20% опрошенных с низким баллом по шкале MoCa у 75% был высокий балл по шкале MMSE.

Среднее значение по шкале «Батарея лобной дисфункции» составил $15,6 \pm 1,9$, при этом у 45% была выявлена умеренная лобная дисфункция (средний балл $13,8 \pm 1,9$), у 55% нормальная лобная функция (средний

балл $17 \pm 0,9$). При этом у пациентов с умеренной лобной дисфункцией средний балл по шкале MMSE составил $26,2 \pm 1,9$.

Среднее значение в ходе проведения теста «Таблица Шульте» $50,8 \pm 16,4$ сек. при первой попытке, при второй – $50,9 \pm 15,4$, при третьей – $47,2 \pm 17,1$, при четвертой – $52,3 \pm 22,2$, при пятой – $49,7 \pm 18,5$.

При исследовании личностной и ситуативной тревожности получены следующие данные. Среднее значение по шкале личностной тревожности составило $43,3 \pm 10,8$ баллов. Из них у 12,5% пациентов уровень тревожности низкий со средним баллом $27,8 \pm 0,8$, у 47,5% средний уровень тревожности (средний балл $38,3 \pm 4,4$) и у 40% высокий уровень личностной тревожности (средний балл $54,1 \pm 6,8$). Средний балл по шкале ситуативной тревожности составил $39,6 \pm 10,7$. У 20% пациентов низкий уровень тревожности (средний балл $26,5 \pm 2,9$), у 45% - умеренный уровень (средний балл $35,7 \pm 4,4$) и у 35% высокий уровень ситуативной тревожности (средний балл $52,1 \pm 4,6$).

По шкале депрессии CES-D среднее значение равно $13,4 \pm 8,7$. У 70% опрошенных депрессия отсутствует (средний балл $8,6 \pm 4,7$), у 20% выявлена легкая депрессия (средний балл $21,9 \pm 2,9$), у 7,5% умеренная депрессия (средний балл $28,3 \pm 1,2$) и у 2,5% - тяжелая депрессия (средний балл 33 ± 0).

По шкале Бартел средний бал составил $99,4 \pm 4$. Только 2,5% опрошенных частично нуждались в постоянной посторонней помощи.

Проводилась оценка качества жизни пациентов с помощью опросника SF 36 по 8 пунктам. Полученные результаты для удобства были разделены на две группы: от 0 до 60% включает в себя низкий, пониженный и средний показатели качества жизни, от 61 до 100% повышенный и высокий показатели качества жизни. По пункту физическое функционирование (средний балл $64,2 \pm 24,7\%$) в первой группе 47,5% пациентов со средним баллом $42,3 \pm 14,8\%$, во второй – 52,5% со средним баллом $84,0 \pm 11,2$. По пункту ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (средний балл $39,3 \pm 39,8$), в первой группе 70% опрошенных со средним баллом $16,1 \pm 19,5$, во второй группе 30% со средним баллом $93,3 \pm 11,1$. По пункту интенсивность боли (средний балл $63,9 \pm 30,1$) в первой группе 50% со средним баллом $36,7 \pm 9,7$, во второй группе 50% со средним баллом $91,1 \pm 14,3$.

По пункту общее состояние здоровья (средний балл $53,6 \pm 15$) в первой группе 70% (средний балл $45,9 \pm 9,5$), во второй группе 30% (средний балл $71,6 \pm 8,1$). По пункту жизненная активность (средний балл $54,9 \pm 20,4$) в первой группе 62,5% (средний балл $41,2 \pm 11,4$), во второй – 37,5% (средний балл $77,7 \pm 7,0$). По пункту социальное функционирование (средний балл $63,8 \pm 25,5$) в первой группе 37,5% опрошенных (средний балл $37,3 \pm 15$), во второй – 62,5% (средний балл $79,6 \pm 14,9$). По пункту ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (средний балл $55,8 \pm 41,7$), в первой группе 47,5% (средний балл $15,6 \pm 16,9$), во второй группе 52,5% (средний балл $92,2 \pm 14,3$). И по пункту психическое здоровье (средний балл $60,4 \pm 21,7$) в первой группе 52,5% (средний балл $42,6 \pm 10,1$), во второй группе 47,5% пациентов (средний балл $80 \pm 11,5$).

Таким образом дисциркуляторная энцефалопатия является социально значимым заболеванием. Дисциркуляторная энцефалопатия второй степени является промежуточным звеном между начальными изменениями в головном мозге с жалобами субъективного характера и выраженной очаговой неврологической симптоматикой с явным когнитивным дефицитом. Данная категория больных чаще всего госпитализируется в стационары неврологического профиля, нежели при первой или третьей степени. Часть таких пациентов являются трудоспособными, социально активными гражданами. Поэтому очень важна оценка когнитивной и аффективной сферы данных больных для уменьшения имеющихся симпто-

мов и профилактики дальнейшего углубления неврологического дефицита. Как показано в нашей работе степень дисциркуляторной энцефалопатии не всегда коррелирует со степенью когнитивного расстройства, то есть не у всех пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией второй степени умеренная степень когнитивного снижения. С другой стороны полученные низкие баллы по одной шкале не всегда совпадают с низким баллом по другой шкале, потому что невозможно создать единую шкалу для всех людей, которая бы полностью отражала уровень когнитивных нарушений. С этой целью пациентам проводилась разностороннее обследование когнитивного статуса с помощью нескольких шкал. Более чем у половины пациентов выявлен средний и высокий уровни личностной и ситуативной тревожности, депрессия же встречается редко и преимущественно в легкой или умеренной форме. Как видно из исследования, качество жизни у больных с дисциркуляторной энцефалопатией страдает в той или иной мере. В большей степени страдает физический компонент здоровья, нежели психический. Также хочется отметить низкую оценку состояния своего здоровья и снижение жизненной активности у двух третей пациентов при сохранном социальном функционировании. Важно заниматься своевременной диагностикой когнитивных и аффективных расстройств у данной категории пациентов для проведения лечения имеющего неврологического дефицита, профилактики и улучшения качества жизни.

Список литературы

1. Бачинская Н.Ю. Синдром умеренных когнитивных нарушений // *Нейропсихоневрология и нейропсихиатрия*. 2010. №2/1.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Депрессия в неврологической практике (клиника, динамика, лечение) - М.: Медицинское информационное агентство, 2002. 160 с.
3. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Боголепов А.Н., Сорокина И.Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт // *Журнал неврологии и психиатрии*. Приложение "Инсульт". 2001. Вып. 3. С. 28-31.
4. Захаров В.В. Когнитивные нарушения в неврологической практике // *Журнал для врачей «Трудный пациент»*. - май 2005.
5. Захаров В.В. Яхно Н.Н. (ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ). Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение // *«Русский медицинский журнал»*. №10. 2004. С. 573
6. Киспаева Т.Т. Особенности формирования и прогрессирования некоторых когнитивных нарушений при церебральном инсульте и пути их коррекции // *Журнал «Лечащий врач»* #05/10
7. Парфенов В.А., Захаров В.В., Преображенская В.С. Когнитивные расстройства М.// издат. ООО «Группа Ремедиум». 2014. С. 7-8, 50-60
8. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. *Нервные болезни: Учебное пособие // 4-е изд. – М. МЕДпресс-информ, 2010: С. 265-270*
9. Фатеева В. В., Колоколов О. В., Захарова Н. Б., Малеина А. Ю., Абрамова Т. П., Фисун А. В., Колоколова А. М., Макаров Н. С. . Нарушение сна и когнитивных функций как проявление хронической ишемии головного мозга и патогенетические основы их коррекции //

- Журнал для врачей «Лечащий врач». - #05/16
10. Шавловская О. А. Терапия астенических состояний у больных, страдающих хронической ишемией мозга // Журнал для врачей «Лечащий врач». - #05/14
 11. Шавловская О. А. Нейропротективная терапия при хронической ишемии мозга // Журнал для врачей «Лечащий врач». - #09/13
 12. Широков Е.А. Первичная профилактика ишемического инсульта: антитромботическая терапия // Журнал для врачей «Лечащий врач». - #05/15
 13. Шутеева Т.В. Способы коррекции когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией // Журнал для врачей «Трудный пациент» 2015. №5 – 6, том 13. С. 18-21
 14. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. В 2-х т. – Т 1. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2001. С.274-284.
 15. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Лечение легких и умеренных когнитивных нарушений // «Русский медицинский журнал». 2007. №10 С. 797.

Поступила в редакцию 19.05.2017

Сведения об авторах:

Курдакова Дарья Владимировна – врач-невролог 1 неврологического отделения СПбГБУЗ «Городской больницы №26», e-mail: dashka__08@mail.ru