

УДК 616-08-039.34

## КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ II СТАДИИ ПРЕПАРАТОМ КАВИНТОН У СЕВЕРЯН В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ, ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Яковчук Е.Д.

ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3»

### THE PREPARATION CAVINTON IN COMPLEX THERAPY OF THE DISTSIRKULYATORY ENCEPHALOPATHY OF 2 STAGES AT INHABITANTS OF THE NORTH TERRITORIES IN REPUBLIC KOMI, DYNAMICS OF COGNITIVE FUNCTIONS

Yakovchuk E.D.

СЕН « Syktyvkar municipal out-patient department № 3»

#### Аннотация

В неврологическом отделении ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» было проведено обследование 45 пациентов с цереброваскулярной патологией, которые получали сосудистую, нейрометаболическую терапию. Все медикаментозные средства назначались в виде монотерапии, для чего пациенты были разделены на 2 группы: 21 человек получали кавинтон в качестве монотерапии, и 1 контрольная группа - 24 человек. Отмечено значимое преобладание женщин во всех группах пациентов. После курса терапии выявлено снижение показателей инсомнии. Показатели депрессии и показатели тревоги снизились. Наряду с положительной динамикой времени воспроизведения чисел, показатели кратковременной памяти также улучшились в группе пациентов, получавших кавинтон.

**Ключевые слова:** цереброваскулярные заболевания, Крайний Север

#### Abstract

The 45 patients with cerebrovascular diseases in a republican neurological separation are inspected. The patients received vascular, neurometabolic therapy.

Cavinton as monotherapy received 21 persons, and control group included 24 persons. Meaningful prevalence of women in all groups of patients is marked. The decline of indexes of insomnia is exposed after the course of therapy. The indexes of depression and the indexes of anxiety decreased. In the group of patients who received cavinton, along with the positive dynamics of time of reproduction the numbers, the indexes of brief memory also improved.

**Keywords:** cerebrovascular diseases, the far north.

В связи с быстрым увеличением доли пожилых в обществе проблема когнитивных нарушений, в наиболее развернутом виде выражающихся в развитии деменции, приобретает все более актуальное социальное звучание и становится одной из основных проблем текущего столетия - «эпидемия века». В связи с этим исключительно важными представляются ранняя диагностика когнитивных нарушений - на стадии предде-

менции (легкого или умеренного когнитивного расстройства) и попытки отсрочить или замедлить развитие деменции. Заболеваемость цереброваскулярной патологией в Республике Коми является самой высокой по Северо-западному Федеральному округу, превосходя аналогичные показатели в других регионах в 1,5 – 2 раза [2, 3, 4, 5, 6]. Согласно популяционным исследованиям от 5 до 20% пожилых лиц с сосудистыми заболеваниями имеют деменцию [3,

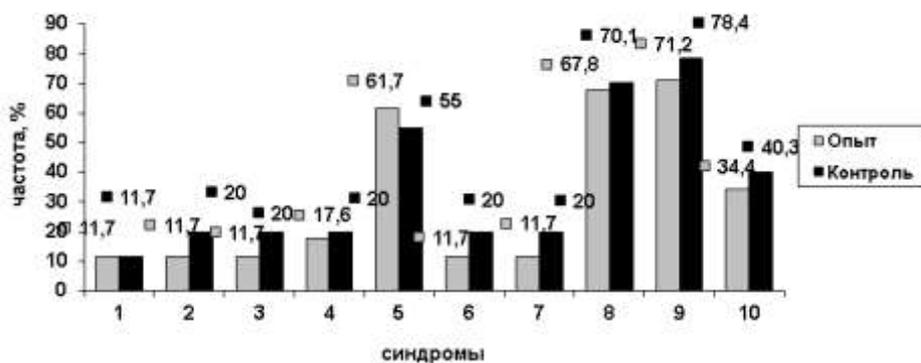
7]. Умеренные когнитивные расстройства выявляются у 10-20% пожилых лиц [8], причем с возрастом распространенность умеренных когнитивных расстройств, как и распространенность деменции, растет. Сегодня данные об особенностях цереброваскулярной патологии на Крайнем Севере являются разрозненными и почти не затрагивают ситуацию на Европейском севере Российской Федерации.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинических и диагностических характеристик, а так же результатов лечения пациентов с цереброваскулярными заболеваниями в Республике Коми, в том числе, оценка эффективности терапии с применением кавинтона дисциркуляторной энцефалопатии II стадии. В неврологическом отделении ГУ РК «Коми республиканская больница», ГУ РК «Республиканский госпиталь ветеранов и участников боевых действий», ГБУЗ РК «Эжвинская городская поликлиника» было проведено обследование 45 человек. Все медикаментозные средства назначались в виде монотерапии, для чего пациенты были разделены на 2 группы: 21 человек получали кавинтон в качестве монотерапии, и 1 контрольная группа - 24 человек. Пациенты всех групп были сопоставимы по возрасту, полу, степени неврологического дефицита. Препарат кавинтон назначались пациентам в качестве монотерапии по 5 мл на 200,0 мл физиологического раствора внутривенно капельно в течение 10 дней. Пациенты получали базовую терапию-глицин 0,1- по 1 таблетке 3 раза в день, некоторые пациенты получали гипотензивную терапию. Проводился анализ жалоб и анамнеза, оценивался соматический и неврологический статус, изучались когнитивные функции с использованием MMSE, методики «Таблицы Шульте», методики оценки кратковременной памяти А.Р. Лурия, шкалы общего клинического ухудшения, теста рисования часов, методики исключения лишнего. Для дифференциальной диагностики мультиинфарктной деменции от болезни Альцгеймера использовалась шкала Хачинского. Скрининг деменции с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур проводился по методике FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB). Эмоциональные нарушения оценивались при помощи шкалы тревоги Спилбергера-Ханина и опросника CES-D. Кроме того, оценивалось качество сна

пациентов (SLEEP QUALITY SCALE, шкала сна ВОЗ, шкала субъективных характеристик сна). Оценку интенсивности головной боли проводили с помощью шкалы вербальных (словесных) оценок (ШВО). Результаты клинического исследования по 2 группам фиксировались в протоколе с балльной оценкой неврологического и нейропсихологического статуса по шкалам GBS, MMSE и MoCa-тест. Через 10 дней проводилось повторное тестирование всех пациентов. Статическую обработку результатов исследования проводили в операционной среде Windows 2007 с использованием программы «BIOSTAT». Поскольку в исследуемых группах распределение приближалось к нормальному, нами были использованы параметрические критерии. Анализ количественных признаков осуществлялся с помощью критерия Стьюдента, а качественных признаков с помощью двухвыборочного t-теста с различными дисперсиями.

Среди 45 обследуемых пациентов распределение по полу было следующим: 23 женщины (51,1%) и 22 мужчины (48,9%). Средний возраст больных составил  $64,2 \pm 1,7$  лет (от 49 до 87 лет). Хотелось бы представить распределение по фоновым заболеваниям в обследуемых группах пациентов. Артериальная гипертензия 1-й стадии была выявлена у 13% обследованных пациентов, артериальная гипертензия 2-й стадии – у 24,0%, артериальная гипертензия 3-й стадии - у 60,0%. В анамнезе у 38,8% обследованных встречалась ишемическая болезнь сердца, у 18,5% - инфаркт миокарда, у 16,6% - нарушения ритма сердца.

Средний возраст пациентов контрольной группы составил  $65,6 \pm 4,4$  лет, опытной группы, получавшей кавинтон –  $64,1 \pm 3,8$  лет, без достоверных различий. Соотношение женщин и мужчин в опытной и контрольной группе составило 2,5:1 и 1,18:1 соответственно. Основной жалобой, которую предъявляли пациенты в контрольной группе, была периодическая головная боль (65,0%). В опытной группе данные жалобы составили 40%. По шкале (словесных) оценок (ШВО) головная боль, как в контрольной, так и в опытной группе расценена как слабая,  $1,4 \pm 0,2$  балла. Жалобы на головокружение беспокоили 45% пациентов контрольной и 51% опытной группы. С одинаковой частотой пациентов опытной группы беспокоили нарушение сна и тревога – 47,1%; в контрольной группе - 45% и 51%,



**Рис. 1.** Частота основных клинических проявлений в группах: 1 – сосудистый псевдопаркинсонизм, 2 – скованность в конечностях, 3 – слабость в конечностях, 4 – пирамидные знаки в верхних и нижних конечностях, 5 – неустойчивость в позе Ромберга, 6- анизорефлексия, 7- оживление сухожильных рефлексов, 8- установочный нистагм, 9- парез конвергенции, 10-патологические стопные знаки.

соответственно. Шум в ушах в основной группе до лечения встречался почти в 2 раза чаще, чем в контрольной, 64,7% и 35%. В 82,3% случаев пациентов опытной группы жаловались на снижение памяти, в контрольной группе эту жалобу отмечали 90% пациентов. У 67,6% пациентов опытной группы и 63% пациентов контрольной группы встречались жалобы на шум в голове.

Частота основных объективно выявленных синдромов представлена на диаграмме (рис. 1).

Как видно на диаграмме, наиболее часто у изучаемых пациентов выявлялась неустойчивость в позе Ромберга, а также установочный нистагм, парез конвергенции, патологические стопные знаки.

При первоначальной оценке психического статуса по методике MMSE в опытной группе результаты составили  $26,7 \pm 1,6$  балла, в контрольной –  $25,9 \pm 1,5$  баллов (без достоверных различий), что, в соответствии с градацией шкалы, рассматривается как преддементные когнитивных нарушений. Шкала Хачинского подтвердила сосудистую природу выявленного когнитивного дефицита без достоверных различий по группам –  $11 \pm 0,7$  баллов. При использовании FAB получены результаты  $13,9 \pm 1,7$  баллов в обеих группах, свидетельствующие в пользу нарушений подкоркового типа у большинства пациентов. Тест рисования часов также подтверждает наличие преимущественно подкорковых нарушений в обеих группах –  $9,2 \pm 0,8$  баллов без достоверных различий (незначительные неточности расположения стрелок). Тест на кратковременную память по Лурия выявил в опытной

группе снижение ее уровня до  $5,7 \pm 1,6$  слов на первой минуте у 41,18% и до  $5,2 \pm 0,6$  слов на пятой минуте у 64,7% пациентов, ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе снижение воспроизведения у 40% обследуемых отмечено до  $6 \pm 1,14$  слов на первой ми-

нуте и у 60% до  $5,8 \pm 0,8$  слов на пятой минуте, ( $p < 0,05$ ). Методика исключения лишнего выявила легкий когнитивный дефицит, в среднем,  $202 \pm 18,5$  баллов, без значимых отличий между группами. По шкале общего клинического ухудшения (Global Deterioration Rating) в контрольной и опытной группах когнитивные нарушения также оценены как легкие  $2,3 \pm 0,2$  баллов, без существенных отличий. При оценке по методике Шульте показателей времени воспроизведения чисел в секундах в контрольной группе сначала несколько увеличивается, а затем уменьшается ( $T1=76,3 \pm 15,7$ ,  $T2=66,3 \pm 12,1$ ,  $T3=65,9 \pm 10,5$ ,  $T4=74,9 \pm 9,7$ ,  $T5=75,1 \pm 10,1$ ). В опытной группе намечена та же тенденция ( $T1=74,1 \pm 15,4$ ,  $T2=69,8 \pm 14,1$ ,  $T3=75,4 \pm 13,1$ ,  $T4=75,5 \pm 14,4$ ,  $T5=75,1 \pm 14,4$ ), с достоверными отличиями между группами по  $T3$  ( $p < 0,05$ ). В опытной группе эффективность работы была  $71,7 \pm 14,1$  секунд, в группе контроля эффективность работы составила –  $73,9 \pm 11,3$  секунд, без значимых отличий между группами. Степень вработываемости была выше среднего в опытной группе –  $1,06 \pm 0,5$ , а в группе контроля на уровне средней –  $1,03 \pm 0,1$ , без достоверных отличий по группам. Психическая устойчивость до курса терапии в опытной и контрольной группе была снижена –  $0,99 \pm 0,1$  и  $1,1 \pm 0,1$ , соответственно, без достоверных отличий.

Оценка по опроснику ВОЗ на наличие инсомнии дала в опытной группе, в среднем,  $17,4 \pm 1,5$  балла, что говорит о наличии инсомнии, как и в контрольной группе ( $19,1 \pm 3,6$  баллов),  $p < 0,05$ . По шкале оценки качества сна пациенты опытной группы до лечения набрали, в среднем,  $17,3 \pm 2,5$

Таблица 1

## Характеристика когнитивных функций пациентов в процессе терапии

| Показатель  | Основная группа |                | Контрольная группа |                |
|---|-----------------|----------------|--------------------|----------------|
|   | До лечения      | После лечения  | До лечения         | После лечения  |
| <b>MMSE</b>   | 26,7±1,6        | 27,3±0,9       | 25,9±1,5           | 25,9±1,0       |
| <b>Шкала Хачинского</b>                                 | 11±0,7          | 10,5±0,6       | 11±0,7             | 11,2±1,0       |
| <b>FAB</b>  | 13,9±1,7        | 13,4±1,0       | 13,9±1,7           | 13,6±1,8       |
| <b>Тест рисования часов</b>                             | 9,2±0,8         | 9,8±0,2        | 9,2±0,8            | 9,3±1,3        |
| <b>Кратковременная память по Лурия на первой минуте</b> | 5,7±1,6         | 6,7±0,8        | 6±1,14             | 6±0,3          |
| <b>Кратковременная память по Лурия на пятой минуте</b>  | 5,2±0,6         | 6,4±0,6        | 5,8±0,8            | 5,0±0,1        |
| <b>Тест исключения лишнего</b>                          | 202±18,5        | 208±11,3       | 202±18,5           | 202±13,5       |
| <b>Шкала общего клинического ухудшения</b>              | <b>1,4±0,7</b>  | <b>2,4±0,7</b> | <b>1,4±0,7</b>     | <b>1,7±0,7</b> |

балла, группы контроля - 15,7±2,8 балла, что свидетельствует об инсомнии в обеих группах. Оценка по шкале субъективных характеристик сна дала, в среднем, 16,7±1,7 балла, при этом значимых отличий между группами не выявлено. Скрининговая оценка показателя депрессии по шкале CES-D выявила, что среднее его значение в группах находится на уровне легкой депрессии - 23,5±3,6 балла в опытной группе и 22,1±4,1 балла в группе контроля, без достоверных отличий. При регистрации уровня тревоги по шкале Спилбергера-Ханина индекс личностной тревоги был на уровне низких показателей - 1,8±1,4 в опытной группе и 0,6±0,1 в группе контроля - очень низкая тревожность ( $p \leq 0,05$ ). При оценке ситуационной тревоги уровень тревоги был низким, в среднем, 0,57±0,05 в обеих группах.

После курса терапии в контрольной группе жалобы на периодические головные боли реже беспокоили пациентов - 38,2%, а в опытной группе жалобы составили 40,0% с достоверными отличиями в опытной группе в сравнении с результатами до курса терапии,  $p \leq 0,05$ . По ШВО после курса терапии статистически значимых различий между группами не выявлено. В опытной группе по шкале вербальных оценок головная боль была слабой, результат 0,88±0,2 баллов, ( $p \leq 0,1$ ). В контрольной группе по ШВО головная боль была умеренной - 1,3±0,4 баллов. Следовательно после курса терапии уровень головной боли в опытной группе уменьшился. Жалобы на головокружение продолжали беспокоить 35,0% пациентов контрольной группы и 35,3% - опытной, с существенным улучшением в опытной группе после лечения ( $p \leq 0,05$ ). Кроме

того, в обеих группах достоверно снизилась частота жалоб на шум в голове - до 32,3% в основной группе и до 30% в контрольной группе,  $p \leq 0,05$ . Также отмечается значимое ( $p \leq 0,05$ ) в сравнении с первоначальными данными уменьшение жалоб на снижение памяти - 29,4% в опытной группе; в контрольной группе - 25,0%. Жалобы на шум в ушах после лечения в группе опыта и контроля встречались значимо реже, 47,0% и 15,0% соответственно, ( $p \leq 0,05$  по отношению к результатам до лечения). После курса терапии до 23,5% уменьшилась частота жалоб на тревогу у пациентов группы, получавшей кавинтон ( $p \leq 0,05$ ), в контрольной группе тревога продолжала беспокоить 40% пациентов. 14,7% пациентов опытной группы и 25,0% пациентов контрольной группы после курса терапии беспокоило нарушение сна, с достоверностью различий между группами, а также между результатами до и после курса терапии, ( $p \leq 0,05$ ).

Частота основных неврологических проявлений после курса терапии в группах достоверно не отличалась. Характеристика когнитивных нарушений до и после лечения приведена в таблице 1.

Как видно из таблицы после курса терапии в группе, получавшей кавинтон в комплексной терапии, увеличились показатели по MMSE, в соответствии с градацией шкалы, показатели рассматриваются как предметные когнитивным нарушениям, с достоверными отличиями между группами, при этом  $p \leq 0,05$ . По тесту рисования часов получены после курса терапии кавинтоном наблюдается положительная динамика, при этом  $p \leq 0,05$ . Методика оценки кратковременной памяти по Лурия в опыт-

ной группе на первой и пятой минуте показала, что в опытной группе, получавшей кавинтон наблюдается увеличение количества воспроизводимых чисел, по сравнению с группой контроля ( $p \leq 0,05$ ).

При оценке когнитивных функций по методике Шульте в группе, получавшей кавинтон, отмечалось снижение времени воспроизведения, затем показатели возрастают, а к концу исследования снижаются вновь ( $T_1=71,4 \pm 12,1$ ,  $T_2=73,1 \pm 12,1$ ,  $T_3=73,8 \pm 13,1$ ,  $T_4=71,7 \pm 12,9$ ,  $T_5=68,3 \pm 12,2$ ), то есть наблюдается определенная положительная динамика. В контрольной группе замечена некоторая положительная тенденция, показатели времени воспроизведения чисел в секундах были на том же уровне, что и до курса терапии ( $T_1=76,8 \pm 12,4$ ,  $T_2=70,0 \pm 10,9$ ,  $T_3=64,8 \pm 9,9$ ,  $T_4=63,7 \pm 9,1$ ,  $T_5=59,7 \pm 10,1$ ), с достоверными отличиями средних величин  $T_2$ ,  $T_3$ ,  $T_4$  (при  $p \leq 0,1$ ). В опытной группе эффективность работы после курса терапии составила  $67,1 \pm 10,1$ , в группе контроля –  $72,5 \pm 12,6$ ,  $p \leq 0,05$ . Степень вработываемости фактически не изменилась после курса терапии как в опытной группе –  $1,0 \pm 0,04$ , так и в группе контроля –  $1,1 \pm 0,09$ , без достоверных отличий по группам. Психическая устойчивость после лечения в основной и контрольной группе незначительно выросла –  $1,1 \pm 0,2$  и  $0,9 \pm 0,1$  соответственно, без достоверных отличий.

По шкале оценки качества сна пациенты опытной группы набрали после лечения  $13,7 \pm 2,2$  балла, в группе контроля  $11,7 \pm 2,1$  балла, различия достоверны при сравнении результатов до и после курса терапии ( $p < 0,05$ ), опросник ВОЗ демонстрирует также снижение показателей инсомнии в опытной группе до  $11,4 \pm 1,3$  балла, и  $14,2 \pm 2,7$  балла в контрольной группе и с достоверностью отличий между группами, ( $p < 0,1$ ). По шкале субъективных характеристик сна существенной разницы между опытной и контрольной группами после курса терапии не выявлено:  $21,4 \pm 2,1$  балла и  $22,2 \pm 2,4$  балла соответственно. Оценка депрессии по шкале CESD показала, что среднее значение показателя депрессии у

пациентов, получавших кавинтон в комплексной терапии ХИМ, составляло после лечения  $20,5 \pm 3,0$  балла, что соответствует легкому депрессивному расстройству, без достоверных различий по группам. При оценке показателей депрессии в контрольной группе значимой динамики в результате терапии также не выявлено –  $18,7 \pm 3,4$  баллов. При оценке тревоги по шкале Спилбергера-Ханина в основной группе индекс личностной тревоги составил после лечения  $0,4 \pm 0,03$ , индекс ситуационной тревоги  $0,5 \pm 0,04$  отличаясь значимо от исходного по уровню личностной тревоги ( $p < 0,05$ ). После лечения в опытной группе зафиксирована легкая тревога. В контрольной группе индекс как личностной, так и ситуационной тревоги отличались от исходного незначимо.

Исходные показатели при анализе МоСа-теста выявили УКР и составили: кавинтон- $24,7 \pm 2$ ; контроль- $22,4 \pm 1,7$ . После курса терапии показатели при анализе МоСа-теста улучшились и составили: кавинтон- $27,3 \pm 2,8$ ; контроль- $24,5 \pm 1,8$ ,  $p \leq 0,1$ .

Таким образом, субъективные жалобы пациентов опытной группы, получавшей кавинтон, после курса терапии достоверно уменьшились, в отличие от группы контроля. После курса комплексной терапии с применением кавинтона выявлено снижение показателей инсомнии по шкалам ВОЗ, шкале оценки качества сна с существенными различиями по группам. Возможно, что это связано со снижением показателей депрессии и показателей ситуационной и личностной тревоги в группе, получавшей кавинтон. Наряду с положительной динамикой времени воспроизведения чисел на фоне терапии препаратом кавинтон, показатели кратковременной памяти также улучшились. Данное исследование подтверждает эффективность препарата кавинтон при лечении дисциркуляторной энцефалопатии в структуре цереброваскулярной патологии, снижая затраты на лечение данного пациента с помощью стационарзамещающих технологий, а именно в дневном стационаре.

### Список литературы

1. Бутиков В.Н., Пенина Г.О. Хроническая ишемия мозга у жителей северных территорий (на примере Республики Коми) // Bulletin of the International Scientific Surgical Association (ISSN 1818-0698) - 2008. - Vol.3, №2-3. - С. 50 - 53
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина. 2000. – 328 с.
3. Кузьменко В.М. Распространенность и некоторые особенности профилактики цереброваскулярных заболеваний у лиц разного возраста // Пробл. старения и долголетия. 151; 2001. - т.10, № 4. - С. 401- 409.

4. Симоненко В.Б., Широков Е.А. Основы кардионеврологии: Руководство для врачей. 2 изд. М.: Медицина, 2001. - 240 с.
5. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / Под ред. В.И. Скворцовой - М.: Литтерра, 2008. – 192 с.
6. Hankey G.J., Warlow C.P. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations/ The Lancet. 1999; 354: 1457 - 63
7. Wesnes K.A, Harrison J.E. The evaluation of cognitive function in the dementias: methodological and regulatory considerations // Dialogues Clin. Neurosci. - 2003. - v.5. - P. 77-88.
8. Левин О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений М.: Медицина, 2009-16с.

Поступила в редакцию 03.09.2017

---

**Сведения об авторах:**

Яковчук Е.Д. – ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3», e-mail: penkina.ru@rambler.ru