

Когнитивные функции и лечение их нарушений при хронической недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярной системе у лиц пожилого возраста

Нарушения когнитивных функций изучали у 180 пациентов в возрасте 56-74 лет, которые имели хронические расстройства кровообращения в вертебрально-базиллярной системе. В процессе обследования, помимо оценки неврологического статуса, использовали показатели нейровизуализации головного мозга, шейного отдела позвоночника, магнитно-резонансной ангиографии, ультразвуковой доплерографии (УЗДГ), электроэнцефалографии (ЭЭГ), электрокардиографии (ЭКГ), клинического и биохимического анализов крови. При изучении когнитивных функций применяли основные скрининговые нейропсихологические тесты (тест запоминания и воспроизведения 3-5 фраз, краткая шкала оценки психического статуса, батарея тестов лобной дисфункции, проба Шульте, тест Ландольдта, тест Векслера, Висконсинский тест сортировки карточек и др.). Нейропсихологические показатели оценивали до и после лечения больных Кавинтоном (25 мг внутривенно в течение 10 дней, затем по 10 мг per os 3 раза в день на протяжении 3 мес). Было установлено, что лечение Кавинтоном приводит к редуцированию нарушений когнитивных функций, и этот эффект сохраняется более 3 мес.

Современный этап развития большинства стран мира характеризуется увеличением в обществе доли лиц пожилого возраста, поддержание физического и интеллектуального здоровья которых на надлежащем уровне является первоочередной задачей органов здравоохранения.

Существенной проблемой в области охраны здоровья пожилых людей является проблема когнитивных нарушений, в патогенезе которых большую роль играет сосудистая патология, в частности патология вертебрально-базиллярной системы. Вертебрально-базиллярная система обеспечивает деятельность функционально значимых структур мозга: его ствола, мозжечка, гипоталамических отделов, медиальной поверхности височных долей, зрительной коры затылочных долей. При острой или хронической недостаточности кровообращения в этих зонах головного мозга развивается целая гамма клинических проявлений: от легких расстройств зрения, слуха, вегетососудистой, дискоординаторных расстройств до нарушения глотания и сердечно-дыхательной деятельности, вплоть до летального исхода. Вместе с тем для нормальной интеллектуально-мнестической деятельности необходима гармоничная работа практически всех зон головного мозга, снабжаемых как вертебрально-базиллярной, так и каротидной системами. Исходя из особенностей анатомического расположения в структурах подвижного шейного отдела позвоночника, вертебрально-базиллярная система артерий страдает чаще, чем каротидная.

В литературе достаточно подробно освещены нарушения когнитивных функций при расстройстве мозгового кровообращения в каротидной системе либо при дисциркуляторной энцефалопатии вообще. Имеется обширная литература по исследованию деменции, в частности дифференциальная диагностика заболевания при сосудистом поражении головного мозга и болезни Альцгеймера. Отдельные работы посвящены изучению нарушений когнитивных функций у пожилых людей.

В настоящее время большое внимание исследователей привлекает концепция умеренных когнитивных нарушений (УКН). Этот термин был предложен в 1997 г. американским неврологом R. Petersen (англ. — mild cognitive impairment, MCI) для обозначения преддементных расстройств высших мозговых функций, обусловленных преимущественно болезнью Альцгеймера. По данным длительных наблюдений, риск развития деменции в течение 5 лет после установления диагноза УКН составляет 55-70%. Согласно классификации когнитивных нарушений по тяжести, предложенной Н.Н. Ясно, УКН представляют собой моно- или полифункциональные расстройства когнитивных функций, явно выходящие за пределы возрастной нормы и отражающиеся в жалобах больного и его окружения, которые не приводят к существенным затруднениям в повседневной жизни, но могут препятствовать более сложным видам интеллектуальной деятельности. Клиническая картина синдрома УКН гетерогенна. Диагноз УКН подтверждается данными нейропсихологических методов исследования.

В недавно выполненном рандомизированном исследовании СОКОЛ с изучением эффективности Кавинтона при остром нарушении мозгового кровообращения отмечена необходимость исследования роли нейропротекции не только при острых, но и хронических нарушениях мозгового кровообращения.

Цель настоящего исследования — изучение когнитивных функций при патологии вертебрально-базиллярной системы у пожилых людей и возможности улучшения этих функций и качества жизни пациентов пожилого возраста. В задачи работы входило определение алгоритма диагностики недостаточности кровообращения в позвоночных артериях, оценка состояния когнитивных функций в соответствующей группе пациентов, изучение динамики восстановления когнитивных функций под влиянием лечения Кавинтоном с антиагрегантами и другими препаратами у пациентов с сочетанной патологией.

Материалы и методы

Обследовали 180 пациентов (107 мужчин и 73 женщины) в возрасте 56-74 лет с хронической недостаточностью кровообращения в вертебрально-базиллярной системе, у которых были выявлены нарушения когнитивных функций. По профессиональной принадлежности лица, занимающиеся физическим трудом, составляли 36%, умственным — 64%.

Критериями включения были пожилой возраст (от 56 до 74 лет), хроническая сосудисто-мозговая недостаточность в вертебрально-базиллярной системе.

Нарушения когнитивных функций выявлялись при выполнении теста воспроизведения вслух фраз, описанного в руководствах А.А. Скоромца и соавт. В исследование включали пациентов, которые испытывали затруднения при повторении второй или третьей фразы.

В исследование не включались пациенты, перенесшие ишемический или геморрагический инсульты, гипертонические кризы с проводниковыми расстройствами; имеющие любые расстройства в сфере сознания, судорожные пароксизмы в анамнезе; пациенты с деменцией и наличием грубых интеллектуально-мнестических расстройств; наличием очаговой патологии головного мозга по данным нейровизуализации; онкологических заболеваний; недавно (менее 6 мес) перенесшие черепно-мозговую травму; пациенты с острым инфарктом миокарда; тяжелыми формами ишемической болезни сердца; пароксизмами аритмий в анамнезе; неконтролируемым повышением артериального давления и повышением его свыше 200/100 мм рт. ст., застойной сердечной недостаточностью, интервалом QT более 500 мс по данным ЭКГ; имеющие отклонения по данным лабораторных исследований (уровень печеночных ферментов, в 3 раза превышающий норму, и/или уровни щелочной фосфатазы и билирубина, в 2 раза превышающие норму); больные с хроническим алкоголизмом или наркоманией; обладающие повышенной чувствительностью к винпоцетину либо с непереносимостью лактозы; пациенты, участвующие в других клинических исследованиях; не способные выполнять обязательные тесты; получающие сопутствующую терапию вазоактивными препаратами, блокаторами кальциевых и калиевых каналов (амиодароном, соталолом), ингибиторами цитохрома P450 (циметидином, кларитромицином, флуоксетином).

В процессе обследования детально изучали неврологический статус и проводили общесоматическое обследование, включающее лабораторные тесты крови, мочи, функциональную диагностику (по данным истории болезни); ЭКГ, ЭЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга. Всем больным были выполнены магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с сосудистой

программой, МРТ или компьютерная томография (КТ) шейного отдела позвоночника.

Всем участникам исследования было проведено скрининговое обследование для исключения деменции, включающее тестирование по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС), батарею тестов лобной дисфункции (БЛД), тесту рисования часов, общей шкале нарушений. Кроме того, проводилось расширенное нейропсихологическое тестирование, направленное на обследование функций внимания (тест Ландольдта, методики Горбова-Шульте и цифровых символов, отсчитывание по Креппелину), памяти (тест 10 слов, тест Векслера, методика прямого и обратного счета) и исполнительных функций (Висконсинский тест сортировки карточек).

Дизайн исследования включал рандомизацию и сравнительную оценку эффективности Кавинтона при наблюдении за пациентами в течение 6 мес, первые 3 мес из которых больные получали Кавинтон по схеме. Для этого пациенты были разделены на 2 группы: основная — 100 человек (средний возраст — 63,74 года), которые получали Кавинтон по схеме и при необходимости допустимую сопутствующую терапию (гипотензивные препараты, антиагреганты, гипополипидемические, противодиабетические, антибактериальные и противовирусные препараты, анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты), и контрольная группа — 80 человек (средний возраст 64,75 года), у которых выявлялись легкие и умеренные нарушения когнитивных функций на фоне другой патологии (пациенты с артериальной гипертензией, диабетической энцефалопатией, полинейропатией, шейным спондилоартрозом, миофасциальным синдромом шейно-грудной локализации и т. д.), по поводу чего больные получали патогенетическую терапию, но без Кавинтона. Обследования пациентов проводили в течение 5 визитов. Эти визиты перечислены при изложении результатов работы.

Методом стандартизации показателей тестирования группы контроля определена норма в формате среднее ± 25 . Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 8.0. Сравнение результатов нейропсихологических тестов проводилось с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни, показателей мозгового кровотока — с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA. Показателем статистической значимости являлось $p < 0,01$.

Результаты и обсуждение

Все пациенты жаловались на снижение работоспособности, головную боль в утренние часы (тяжесть в голове, ощущение пульсации в голове при наклонах тела, натуживании), снижение внимания, памяти на текущие события, повышенную раздражительность, поверхностный и прерывистый сон, частые сновидения (черно-белые или цветные). Сниженное настроение отмечали более половины пациентов. Практически у каждого были боли в области шейного отдела позвоночника (миофасциального характера — у всех, корешковые — более чем у половины) либо в области грудного отдела (между лопаток) и поясницы.

В неврологическом статусе выявлялись легкая асимметрия мимической мускулатуры, особенно при улыбке — у 43,1%, оживление рефлексов орального автоматизма — у 37,9%, асимметрия мягкого неба и язычка — у 49,3%, умеренная гипотрофия мышц плечевого пояса со снижением мышечной силы в миотомах (С4-С6) до 4-3 баллов, миофасциальный синдром (уплотнение и болезненность при глубокой пальпации трапециевидных, грудино-ключично-сосцевидных мышц, мышц шеи и спины), анизорефлексия на верхних и нижних конечностях, оживление коленных рефлексов — у 79,5%, снижение ахилловых рефлексов — у 68,5%, отсутствие или резкое снижение рефлекса с длинного разгибателя большого пальца ноги (признак нарушения функции корешка L5, что подтверждалось корешковой гипестезией в соответствующем дерматоме, укорочением вибрационного чувства на лодыжках) — у 91,5%. Симптом Бабинского выявлялся у 13,5% обследованных больных и обычно был у пациентов со скрытым левшеством.

НЕВРОЛОГІЯ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

А.А. Скоромец, К.Т. Алиев, Т.В. Лалаян, Е.Л. Пугачева, Д.Г. Смолко, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, РФ

Когнитивные функции и лечение их нарушений при хронической недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярной системе у лиц пожилого возраста

Продолжение. Начало на стр. 24.

от таковой в группе контроля. Так, у пациентов, которые получали Кавинтон форте на протяжении 3 мес, оценки «отлично» и «хорошо» были выставлены в 93,4% случаев, соответственно, оценка «удовлетворительно» была в 7%, а «без эффекта» – 0%. В то же время в группе контроля оценки «отлично» и «хорошо» были только у 55,0%, «удовлетворительно» – у 44%, «без эффекта» – у 1% больных.

Анализ субъективной оценки эффективности лечения самими пациентами указывает на заметное совпадение между впечатлением клинициста и оценками пациентов: оценки «хорошо» и «отлично» среди пациентов, получавших Кавинтон, были в 94,5% случаев; оценка «удовлетворительно» – в 6%, «без эффекта» – в 1%.

Нежелательные явления в основной группе были выявлены у 4,8% пациентов, в группе контроля – у 2,3% (табл. 2).

Эти нежелательные явления были вызваны нарушением режима питания и несистемным приемом лекарственных препаратов.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при хронической вертебрально-базиллярной

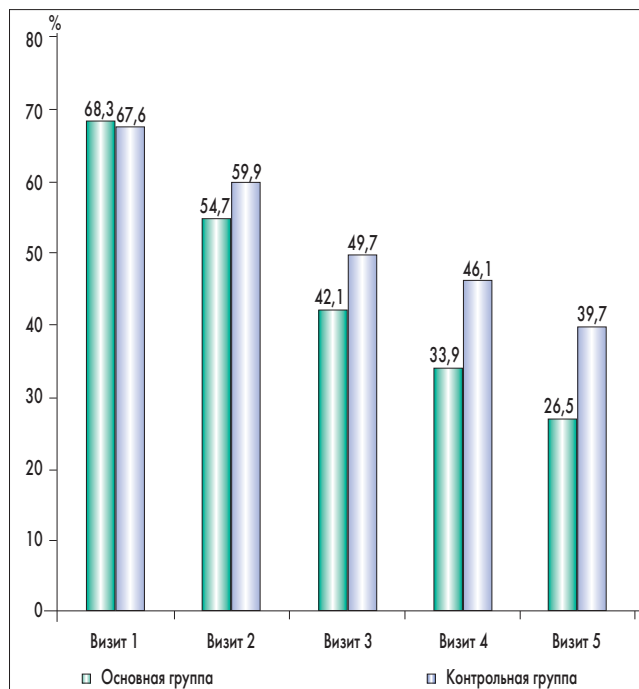


Рис. 1. Количество пациентов с нарушениями памяти в процессе наблюдения, %

недостаточности практически у всех пожилых людей развиваются нарушения когнитивных функций, которые характеризуются расстройствами памяти, внимания, уменьшением скорости переработки информации, зрительно-пространственными нарушениями и др. Это связано с зонами васкуляризации этого бассейна, включающими медиальную поверхность височных долей, гипоталамическую область и другие структуры круга Папеца – хранителя памяти информации в головном мозге. Лечение Кавинтоном и Кавинтоном форте улучшает когнитивные функции у таких больных.

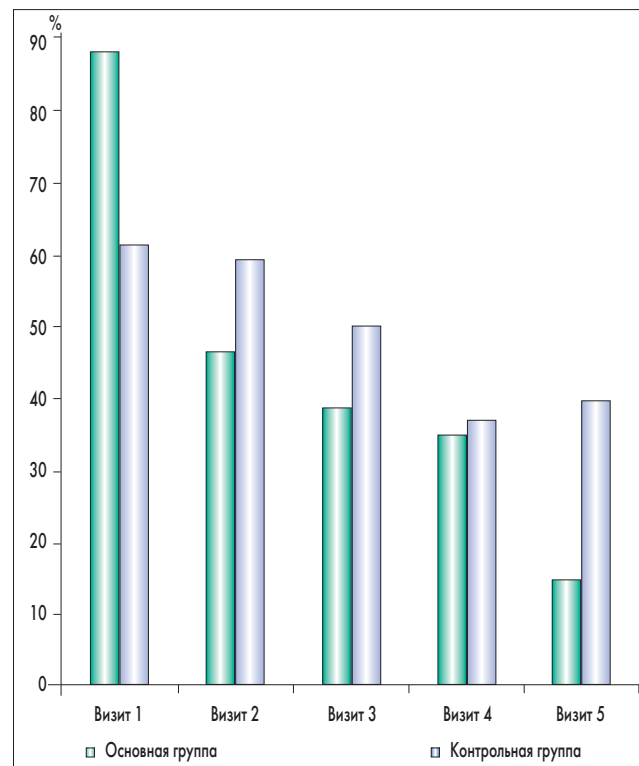


Рис. 2. Количество пациентов с нарушениями внимания в основной и контрольной группах в процессе наблюдения, %

Клинический эффект Кавинтона (25 мг внутривенно) наблюдается уже со 2-й недели терапии, что отражает выраженность его нейропротекторного действия. Терапевтический эффект после курсового лечения Кавинтоном в дозах 25 мг внутривенно и 30 мг перорально в течение 3 мес сохраняется более 3 мес, и при этом не увеличивается частота нежелательных явлений.

Список литературы находится в редакции. Журнал неврологии и психиатрии, 2013, № 4.

Нежелательное явление	Основная группа	Контрольная группа	P
Нарушения сна	1,3	0,3	0,01
Сердцебиение	1,2	0,3	0,01
Диспептические явления	1,1	0,6	0,01
Головная боль	0,4	0,0	0,01
Снижение АД	0,3	0,6	0,01
Повышение АД	-	0,6	0,01
Боль в области сердца	0,2	-	0,01
Головокружение	0,2	-	0,01
Крапивница	0,1	-	0,01

Міністерство Охорони здоров'я за підтримки
ВГО «Українська Асоціація боротьби з інсультом»
Національна академія медичних наук
Державний Експертний Центр МОЗ України
Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

до Всесвітнього дня боротьби з інсультом

м. Київ, НМАПО, вул. Дорогожичська, 9

Академія Інсульту
НАУКОВО-ОСВІТНІЙ ФОРУМ
Для фахівців

ДЕНЬ БОРЬБЫ З ИНСУЛЬТОМ В УКРАИНЕ
2013

Інформаційно-освітній форум для лікарів первинної ланки, сімейних лікарів та населення

**Інформаційно-освітній тиждень
СТОП ІНСУЛЬТ – 2013**

з 1 по 29 жовтня – до Всесвітнього дня боротьби з інсультом заходи для населення
2–6 листопада – тренінг для фахівців «Ерготерапія в нейрореабілітації. Курс 1»

Інформаційно-освітній форум АКАДЕМІЯ ІНСУЛЬТУ
7 листопада

- Стандарти надання та індикатори якості медичної допомоги при інсульті: уніфіковані клінічні протоколи лікування геморагічного інсульту
- Школи для неврологів: «Інсульт і атеросклероз», «Інсульт та артеріальна гіпертензія», «Інсульт і діабет»
- Арт-сесія «Стоп інсульт»

Інформаційно-освітній захід СТОП ІНСУЛЬТ
8 листопада

- Спеціалізована освітня програма «Стоп інсульт» для лікарів екстреної медичної допомоги
- Засідання фахових Клубів: Клуб фахівців нейрореабілітації, Клуб фахівців тромболізу
- Школи об'єктивної неврології: діагностичні шкали та доказові методи діагностики в інсультології

Позапрограмна освітня сесія
9 листопада

- Семинар-тренінг «Локальний протокол лікування інсульту в медичному закладі: розробка, затвердження та впровадження» проводиться за підтримки департаменту стандартизації Державного експертного центру МОЗ України

Партнери:

Генеральний інформаційний партнер: **МОРИОН**

Інформаційні партнери: **ЧАСОПИС**, **АПТЕКА**, **ПРАКТИКУЮЧИЙ ЛОКАР**, **Здоров'я України**, **БАСИЛІВСЬКИЙ**

Організатор: ел.пошта: office@uabi.org.ua, тел./факс +38 (044) 222-78-31
Координатор Проекту Марина Віталівна Гуляєва, контактний телефон +38 (067) 465-56-61, mgulyayeva@gmail.com

Інформація щодо участі в форумі – на сайті www.uabi.org.ua

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут геронтології НАМН України»
Благодійний фонд «За безпечну медицину»
ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»

ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА
VII Національний конгрес
19-21 БЕРЕЗНЯ 2014
Київ, вул. Велика Васильківська, 55

Досвід кращих фахівців України та Ізраїлю

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ НАПРЯМИ

- Лікування серцево-судинних захворювань на засадах доказової медицини
- Біль. Сучасні підходи до лікування
- Нові можливості в лікуванні цукрового діабету
- Сучасні підходи до лікування респіраторних захворювань
- Антибіотикотерапія: досягнення та перспективи
- Первинна ланка в системі охорони здоров'я України
- Актуальні питання діагностики та лікування в педіатрії, неврології, ендокринології, інфектології та інших галузях

Інформаційні партнери

Ресструйтеся на сайті www.chil.com.ua

Офіційні делегати конгресу отримують Сертифікат

Дивіться пряму Інтернет-трансляцію вибраних заходів з Конгресу на головній сторінці Інтернет-порталу www.chil.com.ua

Організатор: ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»
Адреса: м. Київ, вул. Божена, 86Б, 4 під'їзд, 1-й поверх, тел./факс +38 (044) 200-17-73, e-mail: office@newvivo.com.ua

З питань поселення та організації екскурсій звертайтеся до туристичного партнера ТОВ «Віво Тревелл» за тел. +38 (044) 200-17-20 або office@vivotravel.com.ua