

УДК 616.831-004:616.1]-092

СТАДНИК С.М.

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

## КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

**Резюме.** Розглядаються питання діагностики та класифікації когнітивних розладів у 56 хворих із фібриляцією передсердь. Діагноз когнітивних розладів базувався на результатах розширеного нейропсихологічного обстеження з якісною та кількісною оцінкою отриманих результатів. У 25 % досліджених хворих був виявлений синдром помірних когнітивних розладів, виділені нейродинамічно-дисрегуляторний та первинно-дисмнестичний типи. Враховуючи, що можливості лікування та реабілітації хворих із деменцією нині досить обмежені, видається досить важливим вивчення додементних форм когнітивних розладів, коли терапевтичні заходи можуть бути найбільш ефективними.

**Ключові слова:** фібриляція передсердь, когнітивні тести, кардіоваскулярна патологія.

Вивчення впливу порушень серцевого ритму та провідності на когнітивну функцію має особливе значення у кардіоневрології, оскільки саме ці розлади відіграють суттєву роль у розвитку когнітивного дефіциту. Особлива увага в літературі приділяється ролі фібриляції передсердь (ФП), що діагностують в 1 % дорослого населення [7]. Більше 6 мільйонів європейців страждають від цієї аритмії. Поширеність ФП, за попередніми оцінками, зростає у 2 рази впродовж наступних 50 років. За своєю медико-соціальною значимістю ФП суттєво випереджає інші види кардіальних аритмій, що пов'язано не лише з її поширеністю, але й з тяжкістю обумовлених нею органних ускладнень, асоційованих зі значними моральними та матеріальними витратами. Розвиток хронічної серцевої недостатності, збільшення ризику раптової серцевої смерті, емболічні церебральні ускладнення, погіршення перебігу постінсультного періоду, стійка інвалідизація, низька виживаність — усе перераховане є наслідком втрати синусового ритму [2]. ФП дає п'ятиразове збільшення ризику інсульту, і один із кожних п'яти інсультів пов'язаний із цією аритмією. Ішемічні інсульти при ФП часто закінчуються смертельним наслідком, а пацієнти, які вижили, мають вищий відсоток інвалідизації та частіше страждають від рецидивів, ніж пацієнти з іншими причинами інсульту. Разом із тим сама специфіка хвороби (клінічні прояви, наслідки, характер лікування) визначає її істотний вплив на актуальну життєву ситуацію, інтелект та систему особистісних стосунків хворого [1]. ФП вважається чинником, пов'язаним із когнітивними розладами

(КР), що розвиваються у результаті перенесеного інсульту, так і не пов'язаним із гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК) [6, 12, 15].

Великі дослідження, в яких нейровізуалізація не використовувалася, і невеликі роботи із застосуванням МРТ для виключення вогнищового ураження головного мозку продемонстрували пряму кореляцію між ФП і ризиком деменції [5, 11]. Зокрема, у великому клінічному дослідженні, у якому брали участь 952 чоловіки літнього віку (від 69 до 75 років), які мали різні серцево-судинні фактори ризику, показано, що наявність постійної ФП вірогідно асоціюється зі зниженням когнітивних функцій незалежно від освітнього рівня, соціального статусу, наявності артеріальної гіпертензії (АГ) і показників добового моніторингу артеріального тиску (АТ), наявності цукрового діабету (ЦД), перенесеного інсульту і стану скоротливості лівого шлуночка. Навпаки, не виявлено зв'язку між ступенем порушення когнітивних функцій, перенесеним інфарктом міокарда (ІМ) і показниками фракції викиду лівого шлуночка [8].

### Адреса для листування з авторами:

Стадник Сергій Миколайович  
Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (м. Львів),  
відділення реанімації та інтенсивної терапії  
[depor-ss@yandex.ru](mailto:depor-ss@yandex.ru)

© Стадник С.М., 2013

© «Міжнародний неврологічний журнал», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

Отримані результати узгоджуються з висновками більш раннього дослідження, у якому також не було виявлено взаємозв'язку між ураженням білої речовини головного мозку (за даними МРТ) та коронарною патологією [10]. Проте існують інші дані, що свідчать на користь наявності зв'язку перенесеного ІМ зі зниженням когнітивних функцій, а також розвитком деменції у жінок літнього віку [3, 4].

Викликає інтерес наступна обставина: у пацієнтів із ФП, які отримували лікування дигоксином, виявили вищий когнітивний потенціал навіть після вирівнювання з іншими пацієнтами за рівнем АТ, ЧСС та ЦД [8]. При цьому не було виявлено відмінностей показників вищих психічних функцій залежно від прийому антитромботичних та антигіпертензивних препаратів. У хворих із синусовим ритмом зв'язку між прийомом дигоксину та результатами виконання психологічних тестів не встановлено [2].

Разом із цим у ряді праць присутній певний скепсис відносно виявлених кардіocereбральних асоціацій при ФП. Висловлюється думка, що у перерахованих дослідженнях обстежувалися літні хворі, у яких не завжди можна об'єктивно оцінити власний вплив кардіальної аритмії на стан вищих психічних функцій [13, 14]. Вікова акумуляція дегенеративних і судинних змін, включаючи АГ, ЦД, ожиріння, порушення мозкового кровообігу, кардіальну патологію, не може не позначитися на церебральних функціях, що диктує необхідність проведення дослідження із залученням пацієнтів середнього та літнього віку.

Нещодавно було опубліковано результати дослідження, що відповідає перерахованим вимогам [9]. Середній вік пацієнтів становив у групі ФП 60 років (87 пацієнтів), у групі з синусовим ритмом — 64 роки (446 пацієнтів). Частина хворих страждала від АГ, ЦД, коронарної патології, мала надмірну масу тіла. Критерієм виключення була наявність ГПМК в анамнезі і вогнищеве ураження головного мозку (за даними МРТ). Дизайн дослідження включав не лише психологічне тестування хворих, але й вимір об'єму ділянки гіпокампа (МРТ-волюметрія). У результаті було встановлено, що здатність до навчання, пам'ять, увага та виконавчі функції були гірші в пацієнтів із ФП, відмінність зберігалася навіть після вирівнювання за іншими факторами ризику. При цьому погіршення когнітивного статусу корелювало зі зменшенням об'єму гіпокампу. При постійній формі ФП показники психологічного обстеження були незадовільними. Постійний прийом оральних антикоагулянтів не супроводжувався поліпшенням когнітивних функцій [2]. Цікаво відмітити, що при ФП передусім страждали здатність до навчання, пам'ять, увага та виконавчі функції, тоді як оптико-просторові та пізнавальні навички, що порушуються в першу чергу при судинній деменції, були збережені [9]. Ця відмінність відображає особливості патофізіологічних механізмів церебрального ушкодження при ФП, коли домінує субклінічна

кардіогенна мікроемболізація, на відміну від пацієнтів з АГ та ЦД (перебудова артерій мікроциркуляторного русла). Гіпотрофія гіпокампа і порушення його функцій при ФП визначаються найбільшою чутливістю та уразливістю цього відділу мозку до багатофакторного кардіогенного ураження.

У вітчизняній літературі немало праць, присвячених вивченню вищих мозкових функцій при дисциркуляторній енцефалопатії гіпертензивного та атеросклеротичного генезу. Проте мало клінічних досліджень щодо вивчення когнітивної дисфункції при ФП. Актуальність дослідження КР, що не досягають ступеня деменції, обумовлена також тим, що своєчасне виявлення та правильне лікування цих порушень у пацієнтів із ФП, без сумніву, підвищить якість життя хворих, сприяючи уповільненню, а в деяких випадках і запобіганню настанню тяжких проявів КР у формі деменції.

**Мета дослідження** — вивчення частоти та структури когнітивних розладів у пацієнтів із фібриляцією передсердь.

## Матеріали і методи

Проаналізовані результати дослідження 56 пацієнтів (основна група) з ФП віком від 45 до 75 років. Середній вік становив  $62,4 \pm 4,3$  року. У 30 (53,6 %) пацієнтів ФП мала постійний характер, у 26 (46,4 %) — персистуючий або пароксизмальний. Критеріями включення у дослідження були: документована ФП та наявність кардіоваскулярного захворювання (ішемічної хвороби серця (ІХС) та АГ). У 48 (86 %) пацієнтів із ФП виявлені ознаки дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) різного ступеня вираженості. У контрольну групу, порівнянну з основною за віком, статтю та рівнем освіти, увійшли 18 пацієнтів без порушення серцевого ритму, які страждали від серцево-судинних захворювань та ДЕ. У дослідження не включали хворих, у яких відзначали гострі або підгострі форми ІХС, виражену екстракардіальну патологію, цукровий діабет, гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі, гемодинамічно значущі стенози та атеросклеротичні бляшки артерій голови і шиї за даними дуплексного дослідження, ознаки деменції за шкалою Mini-Mental State Examination (MMSE), ознаки перенесених інсультів за даними КТ головного мозку. Критерії виключення обумовлені необхідністю максимально відокремити вплив на результати патології з доведеною дією на когнітивну функцію. АГ не віднесена до критеріїв виключення з міркувань частого поєднання цієї патології з ФП у пацієнтів усіх вікових груп.

Усім пацієнтам проводили неврологічне обстеження, електрокардіографію, стандартну ехокардіографію, ультразвукове дослідження судин голови та шиї і розширене нейропсихологічне обстеження з якісною і кількісною оцінкою отриманих результатів. Використовували коротку шкалу оцінки психічного статусу MMSE, батарею тестів для оцінки лобної дисфункції — БТЛД, тест «малювання годинника», тест вербальних асоціацій, тест

повторювання рядів цифр у прямому та зворотному порядку за методом Векслера, бостонський тест називання, пробу Шульге, запам'ятовування та відтворення слів, дослідження зорової пам'яті, дослідження складного гнозису (тест «недомальовані предмети»), заучування та відтворення 12 слів. Для оцінки емоційного стану пацієнтів використовували опитувальник Бека.

У всіх досліджених основної та контрольної груп виконана комп'ютерна томографія головного мозку з оцінкою ступеня вираженості гідроцефалії, перивентрикулярного та субкортикального лейкоареозу, наявності постішемічних кист.

Зіставлення за кількісними характеристиками проводили з використанням одновимірного дисперсійного аналізу. За допомогою непараметричного кореляційного аналізу вивчали взаємозв'язки між когнітивними та психоемоційними характеристиками.

## Результати та їх обговорення

Проведене дослідження показало, що ДЕ при фібриляції передсердь гетерогенна за когнітивними розладами. У пацієнтів із ФП відзначали декілька варіантів КР, що не досягали ступеня деменції. Так, для ФП характерний синдром помірних когнітивних розладів (ПКР). Клінічна симптоматика у 14 (25 %) пацієнтів із ФП відповідала діагностичним критеріям синдрому ПКР (І група). У 31 (55,4 %) пацієнта з ФП також були

скарги на погіршення пам'яті, уваги і розумової працездатності, а при нейропсихологічному обстеженні виявлялися легкі когнітивні розлади (ЛКР) (ІІ група), що мали головним чином нейродинамічний характер і не позначалися на професійній і соціально-побутовій активності. В інших 11 (19,6 %) пацієнтів із ФП були відсутні скарги на погіршення пам'яті, уваги та розумової працездатності, а при нейропсихологічному дослідженні КР не були виявлені (ІІІ група).

Середній вік хворих із ПКР (І група) був вірогідно ( $p < 0,05$ ) вищим порівняно з пацієнтами з ЛКР (ІІ група) та контрольною групою (табл. 1). Також відзначалося переважання за віком пацієнтів із ПКР порівняно з хворими без КР, яке, проте, не досягало статистичної значущості. Усі групи були порівнянні за статтю, рівнем освіти, а також тривалістю захворювання.

Дані нейропсихологічного дослідження свідчили про те, що у пацієнтів із ПКР (І група) відзначалися найбільш виражені КР. Це проявлялося вірогідною ( $p < 0,05$ ) відмінністю від контрольної групи сумарних показників основних нейропсихологічних тестів (ММСЕ, БТЛД), а також субтестів «пам'ять» і «орієнтування» (табл. 2).

Якісний аналіз нейропсихологічної симптоматики показав, що в основі КР при ФП лежать дисрегуляторні механізми та недостатність нейродинамічної складової когнітивної діяльності. Це підтверджувалося вірогідною ( $p < 0,05$ ) відмінністю від контрольної групи показників

Таблиця 1. Вікові, статеві та освітні характеристики хворих ( $M \pm m$ )

Показники		Групи			
		I	II	III	Контрольна
Середній вік (роки)		65,7 ± 4,4**	59,9 ± 4,8	58,1 ± 4,7	60,4 ± 4,2
Стать	Ч	10	23	7	14
	Ж	4	8	4	4
Рівень освіти (роки)		13,5 ± 1,8	14,4 ± 1,3	14,2 ± 1,8	14,4 ± 1,4

Примітки: \* —  $p < 0,05$  — вірогідна відмінність від контрольної групи; \*\* —  $p < 0,05$  — вірогідна відмінність від ІІ групи.

Таблиця 2. Кількісна оцінка когнітивних функцій за показниками основних скринінгових тестів (у балах;  $M \pm m$ )

Показники	Групи			
	I	II	III	Контрольна
ММСЕ — загальний бал	25,4 ± 1,7**	26,8 ± 1,2*	28,4 ± 0,8	29,2 ± 0,9
Субтест «орієнтування»	9,2 ± 0,9**	9,6 ± 0,2	9,8 ± 0,4	9,8 ± 0,4
Субтест «пам'ять»	1,6 ± 1,1*	1,8 ± 1,0*	2,6 ± 0,1	2,6 ± 0,4
БТЛД — загальний бал	13,4 ± 1,6**	15,8 ± 1,1	17,1 ± 0,6	17,3 ± 0,9
Концептуалізація	2,2 ± 0,9**	2,5 ± 0,6	2,6 ± 0,5	2,74 ± 0,50
Побіжність мови	2,5 ± 0,8**	2,9 ± 0,2	3,0 ± 0,0	3,0 ± 0,0
Динамічний праксис	1,8 ± 0,8**	2,4 ± 0,7	2,6 ± 0,7	2,6 ± 0,7
Контроль гальмування	2,5 ± 0,7**	2,8 ± 0,4	2,9 ± 0,3	2,9 ± 0,3

Примітки: \* —  $p < 0,05$  — вірогідна відмінність від контрольної групи; \*\* —  $p < 0,05$  — вірогідна відмінність І та ІІ груп.

уваги, швидкості мови, сумарного бала і показників концептуалізації і динамічного праксису за БТЛД. Також відзначалися порушення номінативної функції мови та просторових функцій. Порушення пам'яті при ФП із синдромом ПКР характеризувалися, головним чином, недостатністю вільного відтворення слів при збереженні відтворення з підказкою.

Згідно з концепцією системної динамічної локалізації вищих психічних функцій А.Р. Лурія, описаний профіль порушень свідчить про дисфункцію I і III функціональних блоків, тобто глибинних і передніх відділів головного мозку. Імовірно, в основі цих порушень лежить функціональне відокремлення лобних часток та підкіркових церебральних утворень унаслідок змін білої речовини головного мозку. Первинні порушення пам'яті при цьому відсутні, страждають інші сторони мнестичної діяльності, а саме — можливість створювати міцні мотиви запам'ятовування та підтримувати активне напруження, необхідне для довільного запам'ятовування, а також можливість перемикання від одного комплексу слідів до іншого.

Дослідження показало, що формуванню синдрому ПКР передують стадія більш легких КР. У пацієнтів із ЛКР (II група) також відзначалися КР, але виражені меншою мірою. Наявність КР підтверджувалася вірогідною ( $p < 0,05$ ) відмінністю від контрольної групи за показниками уваги, побіжності мові і пам'яті. Виражених порушень орієнтування, просторових функцій, концептуалізації, номінативної функції мови, а також первинних порушень пам'яті у пацієнтів із ЛКР виявлено не було. Також у пацієнтів цієї групи не було порушень повсякденної життєвої активності. Таким чином, у пацієнтів із ЛКР відзначалися порушення нейродинамічної складової когнітивної діяльності (I функціональний блок згідно з теорією системної динамічної локалізації вищих психічних функцій А.Р. Лурія), що не досягають за своєю клінічною значимістю вираженості ПКР та не позначаються на професійній і соціальній активності.

Порушення при ЛКР виявляються лише в окремих когнітивних сферах за допомогою спеціальних методик і не формують цілісного клінічного синдрому. Слід зазначити, що наявні в аналізованих хворих КР, незважаючи на їх мінімальну вираженість, добре усвідомлювалися пацієнтами: переважна більшість із них при активному розпитуванні відмічали у себе погіршення пам'яті та розумової працездатності. Пацієнти пред'являли скарги на головний біль розлитого характеру, більше в скроневих ділянках; запаморочення; поганий сон, дратівливість, погіршення пам'яті; на періодичні болі в серці; рухові порушення; болі в ділянці плечового суглоба. У хворих I групи було більше психологічних проблем, ніж в осіб того ж віку в II групі. Часто зустрічалися симптоми депресії, занепокоєння і неспецифічний психологічний дистрес. Обстеження показало, що у 50 % осіб цієї групи був відсутній контроль над своїми

емоціями. Вони починали несподівано плакати, рідше — немотивовано сміятися.

В 11 хворих (III група) були відсутні скарги на погіршення пам'яті, уваги і розумової працездатності, а при нейропсихологічному дослідженні не було виявлено зниження когнітивних функцій, що статистично вірогідно відрізнялося від показників контрольної групи. Ці хворі також не відрізнялися від пацієнтів інших груп за показниками неврологічного статусу, стадією ДЕ, наявністю серцево-судинних захворювань. Це може свідчити про те, що наявність КР характерна для судинної мозкової недостатності, але не є її обов'язковою ознакою.

Якісний нейропсихологічний аналіз КР свідчив про неоднорідність синдрому ПКР при ФП. Пацієнти з ПКР були поділені на дві підгрупи за результатами дослідження пам'яті за допомогою модифікованої методики Гробера і Бушке. У 5 з 14 пацієнтів із ПКР відзначалися якісно відмінні порушення пам'яті. У цих хворих порушення пам'яті були найбільш виражені, вони відрізнялися від контрольної групи за всіма показниками цього теста, а за показниками відстроченого відтворення (вільного і, що особливо важливо, з підказкою) і від інших 9 пацієнтів I групи. Саме неефективність семантичних підказок, що проявляється вірогідною відмінністю показника відстроченого відтворення з підказкою від пацієнтів усіх інших груп, свідчить про наявність первинних порушень пам'яті. Подібні порушення пам'яті з наявністю значної різниці безпосереднього і відстроченого від пред'явлення матеріалу відтворення та неефективністю категоріальних підказок дуже характерні для органічного ураження гіпокампа. У ряді пролонгованих епідеміологічних досліджень показано, що цей вид порушень пам'яті є ранньою і досить чутливою ознакою розвитку деменції та вважається найбільш типовим для початкових проявів нейродегенеративного процесу.

Таким чином, виходячи з характеру КР, можна виділити такі типи ПКР за М.М. Яхно (2005): нейродинамічно-дисрегуляторний тип синдрому ПКР (ПКР-нд) та первинно-дисмнестичний тип синдрому ПКР (ПКР-д). У нашому дослідженні I підгрупу становили 9 пацієнтів (64,3 % хворих із ПКР), до II підгрупи увійшли 5 хворих (35,7 %). Відмічено, що порушення пам'яті за результатами тесту 12 слів відзначалися у хворих I підгрупи і меншою мірою у пацієнтів із ЛКР, але у них семантичні підказки були ефективні і показник відстроченого відтворення з підказкою вірогідно не відрізнявся від контрольної групи. За даними нейропсихологічного дослідження, проведеного у підгрупах пацієнтів із ПКР, було показано, що між пацієнтами з ПКР-нд та ПКР-д не було значущих відмінностей за показниками загальної тяжкості КР, вираженістю порушень регуляції довільної діяльності та нейродинаміки когнітивних процесів, а також за показниками емоційного стану. При цьому у пацієнтів із

**Таблиця 3. Показники орієнтування, просторових функцій і номінативної функції мови в обстежених групах (у балах;  $M \pm t$ )**

Показники	Підгрупи хворих із ПКР		Контрольна
	ПКР-нд	ПКР-д	
MMSE, субтест «орієнтування»	9,6 ± 0,7	9,0 ± 0,5**	9,8 ± 0,4
Тест «малювання годинника»	7,7 ± 2,4*	5,9 ± 2,3**	9,8 ± 0,4
Недомальовані предмети (А.Р. Лурія)	8,0 ± 2,3*	6,8 ± 2,2*	10,3 ± 1,4
MMSE, субтест «малюнок»	0,9 ± 0,3	0,6 ± 0,5**	0,97 ± 0,10
Бостонський тест називання:			
— кількість правильних відповідей	43,4 ± 5,0*	36,3 ± 8,0**	49,4 ± 4,0
— семантичних підказок	8,4 ± 4,5*	14,2 ± 6,6**	3,6 ± 2,7
— фонематичних підказок	9,4 ± 3,6*	13,4 ± 6,1**	3,8 ± 2,8

**Примітки:** \* —  $p < 0,05$  — вірогідна відмінність від контрольної групи; \* —  $p < 0,05$  — вірогідна відмінність I та II груп.

ПКР-д були значно ( $p < 0,05$ ) більш виражені порушення пам'яті всіх модальностей, орієнтування, просторових функцій, номінативної функції мови (табл. 3).

Таким чином, у пацієнтів із ПКР-д окрім лобно-підкіркової дисфункції виявлялися симптоми дисфункції скроневно-тім'яних відділів головного мозку. При порівнянні даних дослідження неврологічного статусу за групами було виявлено, що у пацієнтів із ПКР-д вірогідно ( $p < 0,05$ ) рідше порівняно з пацієнтами всіх інших груп, спостерігалася пірамідна недостатність, а порівняно з пацієнтами з ПКР-нд — також і псевдобульбарний синдром. При оцінці стадій ДЕ відмічено, що вірогідно ( $p < 0,05$ ) вища стадія ДЕ була у хворих I підгрупи порівняно з II. Між пацієнтами інших груп вірогідних відмінностей виявлено не було.

При якісній оцінці даних КТ статистично вірогідних відмінностей між групами отримано не було. Проте за вираженістю розширення шлуночків і субарахноїдальних просторів вірогідно ( $p < 0,05$ ) відрізнялися від контрольної групи всі пацієнти з ФП і КР, тоді як за наявністю кіст — тільки з ПКР-нд, а за наявністю лейкоареозу — всі хворі з ПКР. У пацієнтів III групи статистично вірогідних відмінностей від контрольної групи за даними КТ отримано не було. Був проведений кореляційний аналіз загального масиву та за групами хворих. КР усіх досліджених груп корелювали з віком і вираженістю судинного захворювання головного мозку. Кореляції з емоційним станом (за даними опитувальника Бека) отримані тільки у хворих із ЛКР, а у пацієнтів інших груп не виявлені.

## Висновки

У пацієнтів із фібриляцією передсердь відзначається зниження когнітивних функцій порівняно з кардіальними хворими без порушення серцевого ритму. Порівняння результатів клініко-інструментального обстеження хворих із різними типами синдрому ПКР виявили значну схожість неврологічної симптоматики та даних нейровізуалізації, що свідчило про наявність ознак судинної мозкової недостатності в усіх обсте-

жених із ФП. Проте відмічена тенденція до дещо більшої вираженості судинного ураження головного мозку у пацієнтів із ПКР-нд. Таким чином, при дещо легшому перебігу судинного захворювання головного мозку пацієнти з групи ПКР-д мали порівнянні за вираженістю КР. Цей факт можна вважати непрямим підтвердженням наявності у цих хворих супутнього патологічного процесу, що посилює КР, вирівнюючи їх з тими, що спостерігаються при тяжкому перебігу судинного захворювання. Наведені вище дані якісного нейропсихологічного аналізу свідчать про те, що цей процес, імовірно, має нейродегенеративний характер. Проведене дослідження показало, що одночасна присутність як судинних, так і нейродегенеративних змін, можливо, має місце не лише при деменціях, але й на етапі ПКР. Це підтверджується спільністю чинників, що роблять внесок у розвиток когнітивних порушень у пацієнтів із ЛКР та ПКР.

## Список літератури

1. Алексин А.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) / А.Н. Алексин, Е.А. Трифонова, Д.С. Лебедев // Вестник аритмологии. — 2011. — № 63. — С. 45-54.
2. Суслина З.А. Практическая кардионеврология / З.А. Суслина, А.В. Фоякин, Л.А. Гераскина, В.В. Машин, Е.С. Трунова, В.В. Машин, М.В. Глебов. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2010. — С. 205-207.
3. Aronson M.K. Womem, myocardial infarction and dementia in the very old / M.K. Aronson, W.L. Ooi // Neurology. — 1990. — Vol. 40. — P. 1102-1106.
4. Breteler M. Cardiovascular disease and distribution of cognitive function in elderly people: the Rotterdam Study / M. Breteler, J. Claus, D. Grobbee, A. Hofman // BMJ. — 1994. — Vol. 308. — P. 1604-1608.
5. Elias M.F. Atrial fibrillation is associated with lower cognitive performance in the Framingham offspring men / M.F. Elias, L.M. Sullivan, P.K. Elias // J. Stroke Cerebrovasc. Dis. — 2006. — Vol. 15. — P. 214-222.
6. Elias P.K. Blood pressure-related cognitive decline: does age a make difference? / P.K. Elias, M.F. Elias, M.A. Robbins,

M.M. Budge // *Hypertension*. — 2004. — Vol. 44. — P. 631-636.

7. Kannel W.B. Prevalence, incidence, prognosis and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates / W.B. Kannel, P.A. Wolf, E.J. Benjamin // *Am. J. Cardiol.* — 1998. — Vol. 82(8A). — P. 2-9.

8. Kilander L. Atrial fibrillation is an independent determinant of low cognitive function. A cross-sectional study in elderly men / L. Kilander, B. Andren, H. Nyman // *Stroke*. — 1998. — Vol. 29. — P. 1816-1820.

9. Knecht S. Atrial fibrillation in stroke-free patients is associated with memory impairment and hippocampal atrophy / S. Knecht, Ch. Oelschlager, Th. Duning // *Eur. Heart. J.* — 2008. — Vol. 29. — P. 2125-2132.

10. Longstreth W.T. Clinical correlates of white matter findings on cranial magnetic resonance imaging of 3301 elderly people: the Cardiovascular Health study / W.T. Longstreth, T.A. Manolio, A. Arnold // *Stroke*. — 1996. — Vol. 27. — P. 1274-1282.

11. O'Connell J.E. Atrial fibrillation and cognitive function: case-control study / J.E. O'Connell, C.S. Gray, J.M. French,

I.H. Robertson // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 1998. — Vol. 65. — P. 386-389.

12. Ott A. Atrial fibrillation and dementia in a population-based study. The Rotterdam Study / A. Ott, M.M. Breteler, M.C. de Bruyne, F. van Harskamp, D.E. Grobbee, A. Hofman // *Stroke*. — 1997. — Vol. 28(2). — P. 316-321.

13. Park H. Non-valvular atrial fibrillation and cognitive decline: a longitudinal cohort study / H. Park, A. Hildreth, R. Thomson, J. O'Connell // *Age Ageing*. — 2007. — Vol. 36(2). — P. 157-163.

14. Rastas S. Atrial fibrillation, stroke and cognition: a longitudinal population-based study of people aged 85 and older / S. Rastas, A. Verkkoniemi, T. Polvikoski, K. Juva, L. Niinisto, K. Mattila, E. Lansimies, T. Pirttila, R. Sulkava // *Stroke*. — 2007. — Vol. 38(5). — P. 1454-1560.

15. Sabatini T. Regarding atrial fibrillation and cognitive function in older people / T. Sabatini, G.B. Frisoni, P. Barbisoni, G. Belli, R. Rozzini, M. Trabucchi // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2000. — Vol. 48. — P. 387-390.

Отримано 31.08.13 □

Стадник С.Н.

Военно-медицинский клинический центр Западного региона, г. Львов

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

**Резюме.** Рассматриваются вопросы диагностики и классификации когнитивных расстройств у 56 больных с фибрилляцией предсердий. Диагноз когнитивных расстройств базировался на результатах расширенного нейропсихологического обследования с качественной и количественной оценкой полученных результатов. У 25 % исследованных больных был выявлен синдром умеренных когнитивных расстройств, выделены нейродинамически-дисрегуляторный и первично-дисмнестический типы. Учитывая, что возможности лечения и реабилитации больных с деменцией в настоящее время достаточно ограничены, представляется весьма важным изучение додементных форм когнитивных расстройств, когда терапевтические мероприятия могут быть наиболее эффективными.

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, когнитивные тесты, сердечно-сосудистая патология.

Stadnik S.M.

Military Medical Clinical Center of the Western Region, Lviv, Ukraine

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

**Summary.** The article deals with questions of diagnosis and classification of cognitive disorders in 56 patients with atrial fibrillation. Diagnosis of cognitive disorders was based on the results of the extended neuropsychological examination with qualitative and quantitative evaluation of the results. In 25 % of the studied patients we detected mild cognitive impairment syndrome, determined neurodynamically dysregulatory and primary dysmnesic types. Given that the possibilities of treatment and rehabilitation of patients with dementia are currently quite limited, it is very important to study predement forms of cognitive impairment, when therapeutic interventions can be most effective.

**Key words:** atrial fibrillation, cognitive tests, cardiovascular pathology.