



А. П. ТЕРЕЩЕНКО

Александровская клиническая больница г. Киева

Когнитивные нарушения после инсульта как значимый фактор инвалидизации населения

Когнитивные нарушения — распространенная патология нервной системы у пациентов, перенесших инсульт, ассоциирующаяся с ростом смертности, увеличением риска возникновения повторного инсульта и медленным восстановлением двигательных функций, что ведет к увеличению частоты инвалидизации населения. Небольшое количество пациентов, перенесших инсульт, возвращаются к трудовой деятельности. Патогенез и этиология когнитивных нарушений являются сложным и дискуссионным вопросом современной неврологии. Для разработки эффективных методов лечения и реабилитации пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями необходимо исследовать патофизиологические и этиологические аспекты этой патологии.

Ключевые слова: инсульт, когнитивные нарушения, деменция.

Инсульт — вторая по распространенности причина смерти в мире после ишемической болезни сердца и ведущая причина инвалидности в мире [23, 27]. В Украине данная проблема становится с каждым годом все более актуальной. По данным статистики МЗ Украины, с 2005 г. ежегодно регистрируют 100—120 тыс. случаев инсультов, то есть в среднем 269 случаев на 100 тыс. населения. Распространенность инвалидизации вследствие инсульта составляет 3,2 случая на 10 тыс. населения. Инсульт занимает первое место среди причин первичной инвалидности в стране. В трети случаев инсульт возникает у лиц работоспособного возраста, и только 10—20 % из них возвращаются к трудовой деятельности [6, 7].

В настоящее время большое внимание уделяют изучению и коррекции моторной дисфункции у пациентов, перенесших инсульт, как главному фактору инвалидизации. За последние 10 лет проведено большое количество исследований постинсультных когнитивных нарушений (КН). Показано, что смертность в течение 1 года после ин-

сульта у пациентов с постинсультными КН статистически значимо выше, чем у пациентов без них. При этом негативное влияние когнитивных нарушений является самостоятельным фактором и не зависит от таких параметров, как возраст или сопутствующая соматическая патология. Среди пациентов с постинсультными КН также выше риск повторного инсульта, что, вероятно, связано с трудностями проведения вторичной профилактики у этой категории больных. По некоторым данным, восстановление двигательных функций у пациентов с КН происходит медленнее [1, 2, 8].

На данный момент не существует единой классификации КН. Постинсультные КН можно разделить на две группы по времени их возникновения — острые (возникающие в острую фазу инсульта, период до 21-го дня) и хронические, возникающие в ранний и поздний восстановительный периоды инсульта [12].

В острую фазу трудно точно оценить КН. Это связано с тяжестью состояния больного в острый период мозгового инсульта, а также с проблемой выбора психологических тестов, которые бы позволили быстро и полно оценить когнитивную

© Г. П. Терещенко, 2016

функцію пацієнта в гострий період [5]. Тип і вираженість КН в гострій фазі в основному залежать від особливостей інсульту. Розположення і розмір ураження, а також адекватність перфузії головного мозку визначають ризик розвитку КН після інсульту [14]. Зниження регіонарного кровотоку призводить до порушення когнітивних функцій, а відновлення перфузії головного мозку покращує їх [16]. До фокальних КН відносять афазію, апраксію, агнозію, до загальних КН — розладу пам'яті, уваги та інших когнітивних областей [17, 19, 22]. За думкою деяких авторів, частота КН в гострій фазі інсульту становить понад 70 % [20, 24].

До пізніх (хронічних) постінсультних КН відносять деменцію та депресію. Деякі автори виділяють також постінсультну апатію та гіперсомнію [15].

Доля постінсультної деменції становить 10—30 % від усіх випадків постінсультних КН [3]. Виділяють судинну, дегенеративну (хвороба Альцгеймера) та змішану (наличие судинних та дегенеративних змін) деменцію.

Постінсультну деменцію прийнято діагностувати при наявності її тимчасової зв'язки з клінічно явним епізодом порушення мозкового кровообігу. Вона може проявлятися в перші 3 міс після інсульту (рання постінсультна деменція) або в більш пізні терміни, але зазвичай не пізніше року після інсульту (пізня постінсультна деменція) [9]. Ризик розвитку деменції в 4—9 раз вище при наявності інсульту в анамнезі, ніж у осіб аналогічного віку без інсульту в анамнезі [21].

Основні фактори ризику розвитку деменції після інсульту розділяють на пов'язані та не пов'язані з інсультом. До пов'язаних з інсультом відносять об'єм ураження, тяжкість неврологічної симптоматики, локалізацію (ліве півшар'я, таламус, підкоркові базальні ганглії,

Конфлікт інтересів немає.

ліобні доли), до не пов'язаних з інсультом — вік, низький рівень освіти, повторний характер інсульту, виражені лейкоареоз, виражену церебральну атрофію. Наявність факторів ризику розвитку деменції після інсульту, пов'язаних з гострим порушенням мозкового кровообігу, свідчить про складну природу КН. Інсульт в такій ситуації грає роль триггера, який декомпресує передіснуюче ураження головного мозку (судинне або інше), але не є єдиною причиною КН [4].

Іншою часто зустрічаючою постінсультною КН є депресія. За даними досліджень, в гострій фазі інсульту (7—10-і дні інсульту) депресію діагностували у 25—27 % хворих [10, 26]. У 18 % хворих депресія виникла через 2—4 міс після інсульту [18], приблизно у 40 % — через 3—4 міс [25]. Частота розвитку депресії залежить від періоду інсульту, найбільш реєструють в пізній відновлювальний період [11].

Так звані легкі когнітивні постінсультні розлади, такі як апатія та гіперсомнія, зустрічаються з частотою 21,0 і 5,6 % відповідно [20].

На основі викладеного можна зробити висновок, що КН при інсультах є дискусійною та актуальною проблемою. Більш глибоке розуміння складних взаємозв'язків між інсультом та когнітивним дефіцитом буде сприяти розробці методів запобігання та відстрочки інвалідизації постінсультних хворих [28]. Особливо важливе значення це має для осіб молодого віку, у яких своєчасно розпочаті терапевтичні заходи можуть бути найбільш ефективними [13]. Визначення факторів ризику та клінічних детермінантів КН після інсульту — необхідна умова для раннього виявлення хворих з підвищеним ризиком КН. Дальніше дослідження даної проблеми будуть сприяти зменшенню частоти виникнення постінсультних КН.

Література

1. Віничук С. М., Прокопів М. М. Гострий ішемічний інсульт. — К.: Наук. думка, 2006. — 287 с.
2. Волошин П. В., Мищенко Т. С. Профілактика мозкового інсульту // *Здоров'я України*. — 2002. — № 5. — С. 14—17.
3. Захаров В. В., Вахніна Н. В. Інсульт і когнітивні порушення // *Неврологія. Нейропсихіатрія. Психосоматика*. — 2011. — № 2. — С. 8—16.
4. Захаров В. В., Вахніна Н. В., Никитина Л. Ю., Парфенов В. А. Постінсультні когнітивні порушення // *Журн. неврол. і психіатр. ім. С. С. Корсакова. Інсульт. Приложение к журналу*. — 2008. — № 22. — С. 16—21.
5. Зозуля І. С., Сич Н. С., Боброва В. І. Когнітивні та емоційні порушення у хворих у гострий період інфаркту мозку // *Укр. неврол. журн.* — 2010. — № 2. — С. 36—40.
6. Пантелеєнко Л. В., Соколова Л. І. Взаємозв'язок ступеня функціональних порушень, рівня незалежності у повсякденній активності та якості життя хворих через 3 місяці після перенесеного ішемічного інсульту // *Наук. вісн. Нац. мед. ун-ту імені О. О. Богомольця*. — 2010. — № 3(30). — С. 68—73.
7. Рябова В. С. Віддалені наслідки мозкового інсульту // *Журн. невропат. і психіатрії*. — 1986. — № 4. — С. 532—536.
8. Ягєнський А. В., Січкарук І. М. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці // *Журн. внутр. мед.* — 2007. — № 3. — С. 27—32.
9. Яхно Н. Н. Когнітивні порушення в неврологічній клініці // *Неврол. журн.* — 2006. — № 11, прилож. 1. — С. 4—12.
10. Berg A., Palomaki H., Lehtihalmes M. et al. Poststroke depression in acute phase after stroke // *Cerebrovasc. Dis.* — 2001. — N 12. — P. 14—20.
11. Berg A., Psych L., Lonnqvist J. et al. Assessment of depression after stroke. A comparison of different screening instruments // *Stroke*. — 2009. — N 40. — P. 523—59.
12. Danovska M., Stamenov B., Alexandrova M., Peychinska D. Post-stroke cognitive impairment phenomenology and prognostic factors // *J. of IMAB*. — 2012. — 18(3). — P. 290—297.

13. Feigin V.L., Barker-Collo S., Parag V. et al. Auckland Stroke Outcomes Study. Part 1: Gender, stroke types, ethn-city, and functional outcomes 5 years poststroke // *Neurol.* — 2010. — Vol. 75 (18). — P. 1597—1607.
14. Gottesman R., Hillis A. Predictors of cognitive dysfunction resulting from ischemic stroke // *Lancet.* — *Neurol.* — 2010. — N 9. — P. 895—905.
15. Harris A. Post-stroke apathy and hypersomnia lead to worse outcomes from acute rehabilitation // *Translational Stroke Res.* — 2014. — 5 (2). — P. 292—300.
16. Hillis A., Kleinman J., Newhart M. et al. Restoring cerebral blood flow reveals neural regions critical for naming // *J. Neurosci.* — 2006. — Vol. 26. — P. 806—973.
17. Jokinen H., Kalska H., Mantyla R. et al. Cognitive profile of subcortical ischaemic vascular disease // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 77. — P. 28—33.
18. Kim P., Warren S., Madill H. et al. Quality of life of stroke survivors // *Qual Life Res.* — 1999. — N 8. — P. 293—301.
19. Lee B., Kim E., Ku B. et al. Cognitive impairments in patients with hemispatial neglect from acute right hemispheric stroke // *Cogn. Behav. Neurol.* — 2008. — Vol. 21. — P. 73—76.
20. Lesniak M., Bak T., Czepiel W. et al. Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* — 2008. — Vol. 26. — P. 356—363.
21. Lin H.J., Wolf P.A., Beiser A.S. et al. Incidence of dementia after stroke: the Framingham study // *Neurol.* — 1997. — Vol. 48, N 3, suppl. 2. — P. A283.
22. Lindeboom J., Weinstein H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment // *Eur. J. Pharmacol.* — 2004. — Vol. 490. — P. 83—86.
23. Mendis S. Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective // *Intern. J. Stroke.* — 2013. — N 8 (1). — P. 3—4.
24. Nys G., van Zandvoort M., de Kort P. et al. Cognitive disorders in acute stroke: prevalence and clinical determinants // *Cerebrovasc. Dis.* — 2007. — Vol. 23. — P. 408—416.
25. Pohjasvaara T., Vataja R., Leppavuori A. et al. Depression is an independent predictor of poor long-term functional outcome post-stroke // *Eur. J. Neurol.* — 2001. — N 8. — P. 315—319.
26. Ramasubbu R., Robinson R.G., Flint A.J. et al. Functional impairment associated with acute poststroke depression: the Stroke Data Bank Study // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* — 1998. — N 10. — P. 26—33.
27. Royal College of Physicians. National Sentinel Stroke Clinical Audit 2010. Dublin, Ireland: Intercollegiate Stroke Working Party; 2011.
28. Tham W., Auchus A.P., Thong M. et al. Progression of cognitive impairment after stroke: one year results from a longitudinal study of Singaporean stroke patients // *J. Neurol. Sci.* — 2002. — Vol. 203. — P. 49—52. pmid:12417356

Г. Р. ТЕРЕЩЕНКО

Олександрівська клінічна лікарня м. Києва

Когнітивні порушення після інсульту як значущий чинник інвалідизації населення

Когнітивні порушення — поширена патологія нервової системи у пацієнтів, котрі перенесли інсульт, яка асоціюється зі зростанням смертності, збільшення та повільним відновленням рухових функцій, що призводить до збільшення частоти інвалідизації населення. Невелика кількість пацієнтів, які перенесли інсульт, повертаються до трудової діяльності. Патогенез та етіологія когнітивних порушень є складним і дискусійним питанням сучасної неврології. Для розробки ефективних методів лікування і реабілітації пацієнтів з постінсультними когнітивними порушеннями необхідно дослідити патофізіологічні та етіологічні аспекти цієї патології.

Ключові слова: інсульт, когнітивні порушення, деменція.

G. R. TERESHCHENKO

Oleksandrivska Clinical Hospital, Kyiv

Cognitive impairments after stroke as a meaningful factor of population disability

Cognitive impairments are widespread pathology of the nervous system among the post stroke patients. Cognitive impairments after stroke cause increased mortality, increase the risk of recurrent stroke, and also such patients have more slow renewal of motor functions. The percentage of population disability increases due to this factors. A small number of patients returns to work after a stroke. The pathogenesis and etiology of cognitive impairment are complex and discussable questions of modern neurology. For the development effective methods of treatment and rehabilitation of patients with post-stroke cognitive impairment it is necessary to investigate the pathophysiological, etiological aspects of this pathology.

Key words: stroke, cognitive impairment, dementia.