

УДК 616.831-005-036.11-06:616.89-008.45/.47]-07

ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ**Пулик О.Р., Гирявець М.В.***Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії та сімейної медицини, м.Ужгород*

РЕЗЮМЕ: з метою дослідження і аналізу когнітивних порушень у хворих після ішемічного інсульту було обстежено 120 хворих, що знаходилися на лікуванні в інсультному відділенні, у яких було діагностовано клінічно та за допомогою додаткових методів ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав 58,2 \pm 1,2 року. В дослідженні були використані: метод клінічного спостереження, клініко-лабораторний метод, анкетний метод, комп'ютерна томографія як метод нейровізуалізації. Для дослідження когнітивних функцій використовувалась шкала MMSE.

Когнітивні порушення різного рівня вираженості спостерігались у 89% випадків. З них при поступленні хворих грубі когнітивні порушення спостерігались у 39% пацієнтів, помірні – у 26%, м'які – у 24%, сумнівні – у 5%, когнітивні порушення не спостерігались у 16%.

На фоні лікування це співвідношення змінювалось і при виписці когнітивні порушення спостерігались вже в 56% хворих, з них грубі – у 14%, помірні – у 10%, м'які – у 32% хворих. При більш детальному аналізі когнітивних порушень було виявлено, що з когнітивних функцій найбільше страждає увага та пам'ять.

Ключові слова: інсульт, гострий період, когнітивні порушення

Вступ. Цереброваскулярні захворювання є однією з найважливіших медико-біологічних та соціальних проблем людства. За даними експертів ВООЗ, щороку в світі відбувається близько 7 млн. інсультів. В Об'єднаній Європі щорічно реєструється 1 млн 750 тис. інсультів, у США – 700 тис., в Росії – понад 450 тис., в Україні – 120-130 тис. Мозкові інсульти на першому місці серед усіх причин інвалідизації [1]. Важливе місце після перенесеного інсульту відводиться проблемам пізнавальних функцій, оскільки саме їх порушення навіть при зменшенні неврологічного дефіциту може призвести до соціальної дезадаптації хворого.

Вираженість когнітивних порушень судинного генезу дуже варіабельна – від мінімальної дисфункції до стадії власне деменції (грубих когнітивних порушень). Оскільки можливості лікування і реабілітації хворих з деменцією в даний час достатньо обмежені, важливим є вивчення додементних форм когнітивних порушень, коли терапевтичні заходи можуть бути найбільш ефективними [4, 5, 7].

Грубі когнітивні порушення (деменція) судинного генезу складають 15-20% усіх випадків грубих когнітивних порушень і є другими за частотою у країнах західної Європи та США. У деяких країнах світу, таких як Росія, Фінляндія, Китай та Японія грубі когнітивні порушення судинного генезу посідають перше місце і зустрічаються частіше, ніж хвороба Альцгеймера [1, 2, 3, 10]. Проблема когнітивних порушень судинного генезу є як медичною, так і соціальною, тому що це захворювання не лише погіршує якість життя хворих, але і призводить до значних економічних втрат, внаслідок необхідності постійного нагляду та медичного спостереження за хворими з судинною деменцією.

Переважна частина досліджень, присвячених вивченню когнітивних порушень у хворих на ішемічний інсульт проводилась у віддаленому періоді захворювання [3, 6, 9]. Це зумовлено як важкістю стану хворих в гострому періоді інсульту, так і проблемою підбору нейропсихологічних тестів, які дозволяли б швидко і достатньо повно оцінити когнітивні функції в цьому періоді. Основна частина досліджень присвячена аналізу деменції, тоді як не менш важливим є з'ясування частоти і механізму розвитку додементних помірних та легких когнітивних порушень, лікування яких є перспективним.

Дослідження когнітивних порушень і їх причин в гострому періоді ішемічного інсульту представляє безсумнівний інтерес як з теоретичної точки зору – уточнення поширеності і причин когнітивних порушень, так і з практичної – рання діагностика когнітивних порушень, їх лікування і попередження подальшого розвитку.

Мета дослідження: виявлення та аналіз когнітивних порушень у хворих у гострій фазі ішемічного інсульту з подальшим опрацюванням лікувально-профілактичних заходів по підвищенню ефективності ведення цієї категорії хворих.

Матеріали та методи. Для досягнення мети нами була опрацьована "Анкета хворого, що переніс ГПМК", яка складалась з паспортної частини, клініко-лабораторних даних, які включали вимірювання артеріального тиску, пульсу, проведення комп'ютерної томографії головного мозку, електрокардіограми, коагулограми, загального аналізу крові та сечі, визначення цукру крові, електролітів, холестерину. Оцінювались також фактори ризику, які могли призвести до ГПМК. Для об'єктивізації стану хворого використовувалась Скандинавська шкала клінічного стану, шкала Ганта-Гесса. Для об'єктивної оцінки когнітивних функцій викорис-

товувалась коротка шкала оцінки психічного стану MMSE та тест запам'ятовування 10 слів. Дані вносились при поступленні, на 7 день та при виписці пацієнтів.

Результати досліджень та їх обговорення. Було обстежено 120 хворих, що знаходилися на лікуванні в інсультному відділенні, у яких було діагностовано клінічно та за допомогою додаткових методів ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав $58,2 \pm 1,2$ року. В дослідженні були використані: метод клінічного спостереження, клініко-лабораторний метод, анкетний метод, комп'ютерна томографія як метод нейровізуалізації.

Критеріями відбору для оцінки когнітивних порушень були наступні ознаки: ураження стосувалось півкуль головного мозку, що було підтверджено даними комп'ютерної томографії, ясна свідомість, відсутність афатичних розладів. Даним критеріям відповідало 95 хворих. Серед них було 56% чоловіків та 44% жінок. Вищу освіту у вибра-

них для дослідження мало 19,6% хворих, середньо-спеціальну – 20,8%, середню – 45,2%, незакінчена середня – 14,4% пацієнтів. Ураження лівої півкулі було зафіксовано в 39% випадків, правої – у 43% випадків, стовбурових структур – у 18%.

Когнітивні порушення різного рівня вираженості спостерігались у 89% випадків. Із них при поступленні хворих грубі когнітивні порушення (менше 10 балів) спостерігались у 39% пацієнтів, помірні (10-17 балів) – у 26%, м'які (18-23 бали) – у 24%, сумнівні (24-26 балів) – у 5%, когнітивні порушення не спостерігались у 16%, що відповідає 27-30 балам за шкалою MMSE. На фоні лікування це співвідношення змінювалось, і на сьому добу когнітивні порушення спостерігались у 68%, з них грубі когнітивні порушення – у 20%, помірні – у 16%, м'які – у 32%, сумнівні – в 11%, норма – у 21%. При виписці когнітивні порушення спостерігались вже в 56% хворих, з них грубі – у 14%, помірні – у 10%, м'які – у 32% хворих (рис. 1).

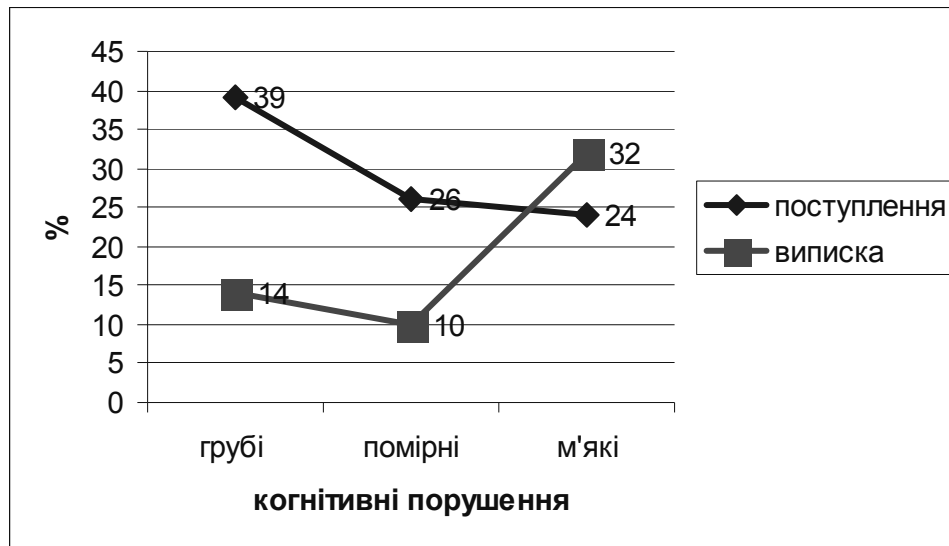


Рис. 1. Динаміка когнітивних порушень на фоні лікування

В процесі дослідження нами не було виявлено статистично достовірних відмінностей когнітивних порушень залежно від півкульної локалізації (рис.2).

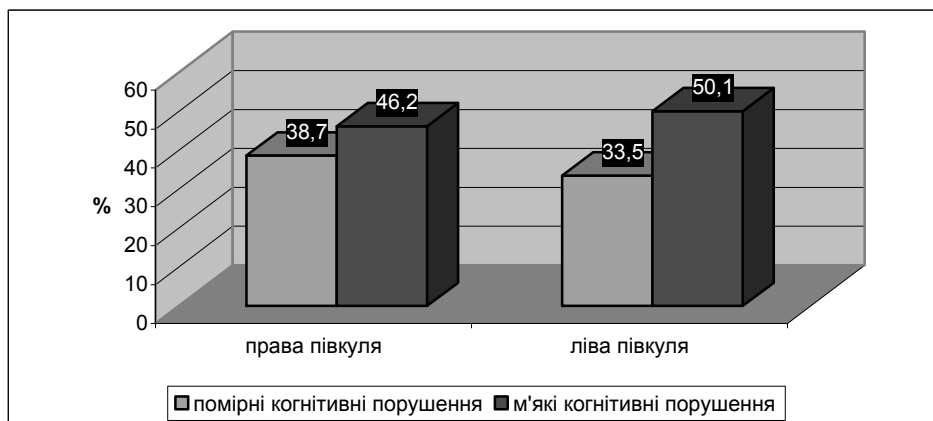


Рис. 2. Когнітивні порушення в залежності від півкульної локалізації

При ураженні правої півкулі головного мозку помірні когнітивні порушення спостерігались у 46,2%, м'які – у 38,7%, а при ураженні лівої півкулі – у 50,1% і 33,5% відповідно.

При більш детальному аналізі когнітивних порушень було виявлено (рис.3), що з когнітивних функцій найбільш страждає орієнтація в часі – 4,6+/-0,2

бала (при максимально можливих 5 балах), потім орієнтація в місці і 4,9 +/- 0,11 бала (тах 5 балів), увага 1,2+/-0,1 бала (тах 3 бали) та пам'ять 1,7+/- 0,3 бали (тах 3 бала). Таким чином, з когнітивних функцій найбільш страждає увага та пам'ять.

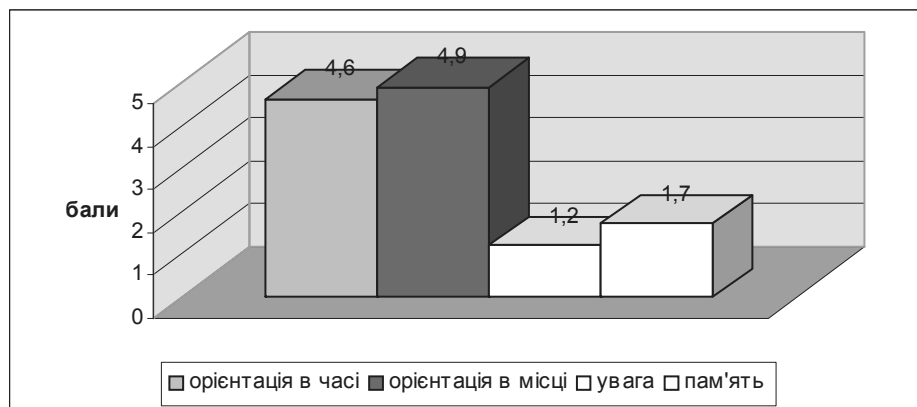


Рис. 3. Зниження пізнавальних функцій у хворих після ішемічного інсульту

При проведенні тесту запам'ятовування 10 слів при поступленні після третього повтору 8-10 слів запам'ятало 14% хворих, на сьому добу – 34% і при виписці – 56%.

Висновки. 1. При ішемічному інсульті когнітивні порушення спостерігаються у переважній більшості хворих.

2. На 7 добу (початок раннього відновлюваного періоду ішемічного інсульту) у хворих переважає помірне порушення когнітивних функцій.

3. Серед найбільш уражених когнітивних функцій у гострому періоді ішемічного інсульту є увага та пам'ять.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волошин П.В. Судинна деменція/ П.В. Волошин, Т.С., Міщенко, О.В. Дмитрієва // Мистецтво лікування. – 2004. – № 5. – С. 36–38.
2. Волошина Н. П. Дементирующие процессы головного мозга/ Н. П. Волошина. – Харьков: Основа, 1997.-28 с.
3. Дамулин И.В. Сосудистая деменция./И.В Дамулин //Неврологический журнал. – 1999. – Т.4, № 3. – С. 10-11.
4. Ібадуллаєв З.Р. Клініка і динаміка розладів вищих мозкових функцій при півкульних інсультах / З.Р Ібадуллаєв //Вісник наукових досліджень. – 2002. – № 2. – С.86-87.
5. Климов Л.В. Когнитивные нарушения в остром периоде ишемического инсульта / Климов Л.В., Парфенов В.А. // Неврологический журнал. – 2006. – Приложение №1. – С.53-56.
6. Медведев А. В. Сосудистая деменция/ А.В. Медведев // Современная психиатрия.-1998.-№4.-С.20-24.
7. Сорокина Н.Д.Нарушение разных видов памяти у больных с ишимическим инсультом / Н.Д Сорокина, В.А.Карлов, Г.В.Селицкий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №2. – С.7-11.
8. Cummings J.L. Vascular subcortical dementias: Clinical aspects/ J.L. Cummings // Vascular dementia: Etiological, Pathogenetic, Clinical and Treatment Aspects/ Eds L.A. Carlson et al. – Basel. – 1994. – P.49-52.
9. Hachinski V.C. Vascular dementia: A radical redefinition/ V.C. Hachinski // Vascular dementia: Etiological, Pathogenetic, Clinical and Treatment Aspects/ Eds L.A. Carlson et al. – Basel. – 1994. – P.2-4.
10. Cerebrovascular disease, cognitive impairment and dementia/[O'Brain J., Amos D., Gustafson L. et al. Martin Dunilz]; edited by J. O'Brain //Second edition of Cerebrovascular disease and dementia. – Basel. – 2004. – P.114-115.

SUMMARY

THE DYNAMICS OF COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS AFTER ISHEMIC STROKE

Pulyk O.R., Gyryavets M.V.

There were observed 120 patients with ischemic stroke in order to investigate cognitive disorders.

The middle age of patients was 58,2+/-1,2 years old. 56% men and 44% women were examined.

Physical examination, neuropsychological examination, computer-aided tomography were necessary for the definition of the presence of cognitive disorders.

We used MMSE for researching cognitive functions in patients with stroke. We found cognitive disorders in 89% of patients. Severe cognitive disorders were found in 39% of patients, moderate – in 26%, mild – in 24%, cognitive disorders were not found in 16 % of patients. Cognitive disorders had improved after treatment. After course of treatment only 56% of patients had cognitive disorders. Severe cognitive disorders were found in 14% of patients, moderate – in 10%, mild – in 32% of patients. Memory and attention were most decreased then other cognitive functions.

Key words: stroke, acute period, cognitive disorders