

УДК 616.89-008.46-02

## ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ( РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ)

Бугрова С.Г.

*МУЗ «Городская поликлиника №5»*

*Иваново, Россия*

Подробная информация об авторах размещена на сайте

«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

**Исследовались 485 больных с дисциркуляторной энцефалопатией II от 50 до 85 лет. Контрольная группа - 48 человек, не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. По итогам нейропсихологического тестирования выявлено, что при дисциркуляторной энцефалопатии II стадии вначале формируются легкие когнитивные расстройства, затем синдром умеренных когнитивных нарушений. Синдром сосудистых умеренных когнитивных расстройств характеризуется множественной когнитивной недостаточностью.**

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) - синдром прогрессирующего многоочагового поражения головного мозга, проявляющийся клинически неврологическими, нейропсихологическими или психическими нарушениями. В соответствии с отечественной классификацией ДЭ относят к медленно прогрессирующим нарушениям кровоснабжения мозга. Клиническая картина ДЭ характеризуется когнитивными нарушениями. Девиации в когнитивной сфере наиболее полно изучены при деменции. Большое клиническое значение имеют додементные когнитивные расстройства в связи с их большей подверженностью терапевтической коррекции. В МКБ-Х как самостоятельная диагностическая позиция рассматривается легкое когнитивное расстройство (F 06.7), характеризующееся снижением памяти, трудностью обучения, сниженной способностью концентрирования на выполнении какой-либо задачи на длительное время. Симптомы не являются настолько выраженными, чтобы можно было диагностировать деменцию. В зарубежной литературе встречается также термин «умеренные когнитивные нарушения» (УКН)(англ.: mild cognitive impairment, MCI) [7]. Отечественными неврологами предложено выделять синдром легких когнитивных нарушений (ЛКН) [1].

Целью исследования явилось уточнение особенностей когнитивных нарушений при ДЭ по

результатам нейропсихологического тестирования больных.

Обследовали 485 пациентов обоего пола с ДЭ II стадии от 50 до 85 лет. Контрольную группу составили 48 человек без жалоб на нарушения памяти и внимания, не страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом.

Когнитивные функции исследовались с помощью методик: шкала MMSE[4], лобная батарея тестов[5], тест рисования часов[6], тест «5слов. Оценивалась зрительная память ( воспроизведение и узнавание геометрических фигур), слухоречевая память ( запоминание 10 слов), оптико-пространственные функции (определение реальных, перечеркнутых и незавершенных изображений) , интеллектуальные функции (методики аналогии, выделение существенных признаков и лишнего, определение смысла пословиц) , функции речи ( повторение скороговорок, сложных артикуляционных фраз, понимание логико - грамматических конструкций и сравнительных отношений) и др[3].

Нейропсихологическое тестирование с использованием скрининговых шкал выявило, что при ДЭ II стадии вначале формируются легкие когнитивные нарушения, в возрасте старше 60 лет происходит формирование умеренных когнитивных нарушений, усугубляющихся с возрастом.

Таблица 1. Показатели нейропсихологических тестов у больных дисциркуляторной энцефалопатией

Возраст	MMSE	«Лобная» ба-	Определение неза-	Тест рисова-
---------	------	--------------	-------------------	--------------

		тарая	вершенных предме- тов (n=10)	ния часов
51-60	28,18±0,83*	16,01±0,18*	9±0,9	10±0,5
61-70	26,04±0,95*	13,12±0,8*	8,4±1,6	10±0,8
71-80	24,86 ±0,49*	12,38±0,6*	6,5±1,4*	8,5±1,5*
Ст. 81	24,91±0,45	12,04±0,8	6,1±2,5	5±2,4*

\*-достоверное различие между возрастными группами ( $p < 0,05$ )

При выполнении тестов шкалы MMSE были выявлены следующие результаты. Тест на копирование рисунка выполняли правильно лишь 10 %. У больных возникали затруднения при повторении сложной фразы. Более чем у 60% больных серийный отчет оказался нарушен. Треть пациентов при выполнении задания допускала множество ошибок, но при указании на них старалась исправить. Усиление мотивации давало хороший компенсирующий эффект. Остальные, начиная с правильного ответа, сбивались на стереотипные ошибочные ответы, не замечая ошибок. У больных 61-70 лет выявлялось снижение показателей тестов на ориентировку в месте и во времени, на восприятие и память, написание предложения. Анализ результатов лобной батареи показал, что у больных ДЭ отмечено нарушение произвольного воспроизведения мнестического материала при попытке назвать с закрытыми глазами слова на букву «с». При выполнении трехэтапной двигательной программы у 15 % возникали трудности. В возрасте 61-70 лет у больных достоверно снижался показатель теста на концептуализацию. У больных отмечалась общая рассеянность, трудность сосредоточения, легкая отвлекаемость. Кроме этого, отмечались нарушения понимания логико-грамматических конструкций и сравнительных отношений. Расстройства зрительного гнозиса выявлялись в усложненных условиях (в тестах на определение незавершенных предметов). Значительно снижался результат теста рисования часов. Основными ошибками при выполнении данного теста у больных были неправильное расположение цифр циферблата, неодинаковое расстояние между цифрами. У больных выявлено нарушение структуры интеллектуальной деятельности при выполнении вербально - логических задач (трактовка пословиц, метафор и т.д.).

Синдром легких когнитивных расстройств у больных ДЭ характеризуется нейродинамическими нарушениями высших психических функций в виде снижения скорости, продуктивности, неравномерной эффективности выполнения заданий. Нейродинамические расстройства, отражающие снижение активационного обеспечения деятель-

ности, рассматриваются в клиническом аспекте как проявления астенического синдрома. Модально-неспецифические мнестические нарушения с первичными расстройствами кратковременной памяти в сочетании с утомляемостью и эмоциональной неустойчивостью на фоне сохранности личностных реакций свидетельствуют о поражении срединных неспецифических структур мозга на уровне нижних отделов ствола мозга (I функционального блока мозга по А.Р.Лурия)[2].

У больных дисциркуляторной энцефалопатии II стадии выявляются оптико-пространственные нарушения, что подтверждается результатами тестов рисования часов, копирования рисунка. Эти расстройства, обусловленные нарушениями модально-специфических зрительного и зрительно-пространственного факторов, свидетельствуют о недостаточности функциональных систем теменно-затылочной области коры. У больных ДЭ II стадии выявлено снижение понимания логико-грамматических конструкций, что может расцениваться как проявление так называемой семантической афазии по А.Р.Лурия[2]. У данной группы больных страдают симультанный анализ и синтез, или возможность оценки пространственных и "квазипространственных" отношений. Это говорит о заинтересованности зоны ТРО (височно-теменно-затылочные отделы коры больших полушарий). Модально-специфические расстройства свидетельствуют о поражении II функционального блока мозга[2].

У больных ДЭ II стадии выявлено нарушение структуры интеллектуальной деятельности при выполнении вербально-логических задач. Трактовка текста, имеющего несколько значений (прямой и переносный смысл) оказалась несостоятельной из-за «торможения» побочной альтернативы. У части больных выявлены нарушения произвольной регуляции психической деятельности. Данные расстройства характерны для поражения передних отделов коры больших полушарий головного мозга (III функциональный блок мозга)[2]. Таким образом, при дисциркуляторной энцефалопатии II стадии с синдромом умеренных когнитивных нарушений выявляются нарушения в

работе всех трех блоков мозга по концепции А.Р.Лурия, когнитивный дефицит характеризуется множественной недостаточностью.

Литература:

1. Дамулин И. В. Сосудистые легкие когнитивные нарушения . Журн. Психиатрия и психофармакология. 2005.,т.7,5, 38-41.

2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Academia, 2003.

3. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии /под ред. А.А.Крылова, С.А.Маничева-2-е изд.СПб.:Питер, 2003.

4. Borson S, Scanlan JM, Watanabe J, Tu SP,

Lessig M.J Simplifying detection of cognitive impairment: comparison of the Mini-Cog and Mini-Mental State Examination in a multiethnic sample. Am Geriatr Soc. 2005 May;53(5):p.871-4.

5. Cosentino S, Jefferson A, Chute DL, Kaplan E, Libon DJ. Clock drawing errors in dementia: neuropsychological and neuroanatomical considerations. Cogn Behav Neurol. 2004 Jun;17(2):p.74-84.

6. Dubois B., Slachevsky A.et al. A frontal assessment battery at bedside. Neurology, 2000,55,p.1621-11626.

7. Petersen R.J. MCI as a useful clinical concept . Geriatric. Times. 2004, 5, 30-36.

### **CHARACTERISTICS OF COGNITIVE IMPAIRMENTS AT DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY (NEUROPSYCHOLOGICAL TESTING RESULTS)**

Bugrova S.G.

*City out-patient clinic N5, Ivanovo, Russia*

485 patients with cerebrovascular deases II from 50-85 -year-old were investigated. The control grup included 51 subjects with no cardiovascular disease. Patients with cerebrovascular deases II have minimal cognitive impairment and mild cognitive impairment that was detected by neuropsychological tests. Vascular mild cognitive impairment maik an appearance impairment with plural cognitive dysfunction.