

C.Г. Бугрова

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ
НАРУШЕНИЙ ДЕГЕНЕРАТИВНОЙ И СОСУДИСТОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Городская поликлиника №5, г. Иваново

Реферат. Проведено сравнение когнитивных функций у 42 больных с дисциркуляторной энцефалопатией в возрасте 60—75 лет и у 42 с «вероятной» болезнью Альцгеймера (средний возраст — 68,6±4,9 года). У больных первой группы умеренные когнитивные нарушения сочетались с неврологическим дефицитом, во второй — в 3,4% случаев регистрировался амиостатический синдром, в 5,4% — эпилептоидный. Показано, что умеренные когнитивные расстройства у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и болезнью Альцгеймера обусловлены поражением разных структур головного мозга.

Ключевые слова: умеренные когнитивные нарушения, дисциркуляторная энцефалопатия, «вероятная» болезнь Альцгеймера, нейropsихологическое исследование, электроэнцефалография.

С.Г. Бугрова

**ДЕГЕНЕРАТИВ ••М КАН ТАМЫРЛЫ
ЭТИОЛОГИЯННЕ• УРТАЧЫЛ КОГНИТИВ
БОЗЫЛУЛАРЫНА ЧАГЫШТЫРМА ХАРАКТЕРИСТИКА**

60 яштын 75 яшкө кадрға дисциркуляторлы энцефалопатия белін авырган 42 кешедеге һәм Альцгеймер чиленін ••фалану ихтиималы булган 42 кешедеге (со•гыларыны• уртаса яше — 68,6±4,9 ел) когнитив функциял•ре чагыштырып каралган. Беренче төркемдеге авыруларда уртачыл когнитив бозылудар неврологик •итешм•үчелек (дефицит) белін узара ярашып киlg•н, икенче төркемдеги ис• 3,4 процент очракта-аммостатик синдром, 5,4 процент кешедеги эпилепторлы синдромы барлығы ачықланған. Дисциркуляторлы энцефалопатия һәм Альцгеймер чиреде белін авырган кешел•рдеги уртачыл когнитив бозылударны• баш миендеге төрле структураларны• заарланаудына байле булуы беленг•н.

Төп төшөнчлөр: уртачыл когнитив бозылудар, дисциркуляторлы энцефалопатия, Альцгеймер авыруы ихтиималығы, нейropsихологик тикшеренүү, электроэнцефалография.

S.G. Bugrova

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MODERATE
COGNITIVE DISORDERS OF DEGENERATIVE AND
VASCULAR ETIOLOGY**

There was performed a comparison of cognitive functions in 42 patients with discirculatory encephalopathy, aged 60—75 and in 42 patients with a “probable” Alzheimer’s disease (average age 68,6±4,9). In patients of the first group moderate cognitive disorders were combined with neurologic deficit. In patients of the second group there were 3,4% of cases of amyostatic syndrome; and in 5,4% of cases — epileptoid. It was shown that moderate cognitive disorders in patients with discirculatory encephalopathy and Alzheimer’s disease are determined by lesion of different cerebral structures.

Key words: moderate cognitive disorders, discirculatory encephalopathy, “probable” Alzheimer’s disease, neuropsychologic examination, electroencephalography.

В настоящее время наблюдается рост удельного веса лиц пожилого и старческого возраста, распространенности сосудистых заболеваний головного мозга, которые сопровождаются когнитивными расстройствами. Все это повышает актуальность проблемы когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии для клинической медицины. Термин «умеренные когнитивные нарушения» (УКН) предложен для обозначения преддементной стадии болезни Альцгеймера [6]. С течением времени термин стал широко применяться в диагностике различных заболеваний головного мозга с исходом в деменцию. УКН имеют концептуальную основу, отражающую промежуточную степень нарушений между нормой и деменцией. В последние годы предложено разграничить УКН дегенеративной природы и субкортикальные сосудистые УКН [5].

Произведена сравнительная характеристика больных с УКН при дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и больных с «вероятной» болезнью Альцгеймера (БА). 1-ю группу составили 42 пациента с ДЭ (средний возраст — 62,5± 5,3 года), 2-ю (42) — с БА (средний возраст — 68,6 ±4,9 года). БА диагностировали в соответствии с критериями МКБ-10 и рекомендациями Ассоциации БА (NINCDS-ADRDA), шкалой Hachinski, ДЭ — по классификации Е.В. Шмидта [4]. Больным проводились клиническое неврологическое, нейropsихологическое исследования, электроэнцефалография по общепринятой методике на компьютерном комплексе «Нейрон-Спектр-2» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново).

Выраженность когнитивных расстройств определяли по МКБ-10, результатам краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и батареи лобных тестов, теста рисования часов, теста «5 слов» [3], шкалы количественной оценки выраженности нарушений различных составляющих психической деятельности [2], теста на воспроизведение и узнавание геометрических фигур и др.

При клиническом неврологическом исследовании было выявлено, что при ДЭ УКН сочетались с отчетливо выраженным неврологическим синдромом (наиболее частыми оказались вестибуло-атактический и амиостатический). При «вероятной» БА неврологическая симптоматика была незначительной (в 3,4% случаев регистрировался амиостатический, в 5,4% — эпилептиформный синдром). Результаты нейропсихологического тестирования представлены в табл. 1. Анализ результатов шкалы MMSE показал, что нарушения когнитивных функций у больных более выражены при БА. Показатели восприятия и памяти у этой группы были достоверно ниже, чем у больных ДЭ. Отмечена тенденция к более низким показателям в тестах на ориентировку во времени и месте у больных БА. Серийный отсчет оказался нарушен у больных обеих групп. Больные с ДЭ часто ошибались, но при указании на ошибку старались ее исправить. Значительная часть пациентов с «вероятной» БА начиная с правильного ответа сбивалась на стереотипные (100—7=93—7=83—7=73 и т.д.). Стимуляция исследователя положительного результата не давала.

Таблица 1

Сравнительная характеристика результатов нейропсихологического тестирования больных с УКН (в баллах)

Нейропсихологические тесты	ДЭ	«Вероятная» БА
MMSE	24,4± 0,3	26,5±0,4*
Лобная батарея тестов	14,45± 0,4	14,12±0,6
Тест «5 слов»	9,2± 0,5	6,3±0,4*
Исследование зрительной функции		
воспроизведение	2,7± 0,2	2,1± 0,2
узнавание	5,2 ±0,2	2,6 +0,3*

* p<0,05 — различия между группами. То же в табл. 2.

В обеих группах отмечалось нарушение речи при повторении сложной фразы. Больные с «вероятной» БА затруднялись при произношении первых или последних двух слов. Больные с ДЭ отличались общей рассеянностью, трудностью сосредоточиться, легкой отвлекаемостью. При стимуляции со стороны исследователя часть больных успешно выполняла тест.

Итоговая оценка по лобной батарее тестов в обеих группах оказалась сравнимой, однако имелись определенные различия при выполнении отдельных тестов. При попытке назвать с закрытыми глазами слова на букву «с» отмечалось более грубое нарушение произвольного воспроизведения мnestического материала у больных с БА. Показатели теста на динамический

практически выявили более значительные проявления пространственной апраксии (апрактогнозии) у больных с УКН при ДЭ.

У больных с УКН при ДЭ в тестах «5 слов» и на узнавание геометрических фигур усиление мотивации и семантическая организация материала давали отчетливый компенсаторный эффект, что свидетельствует о большей сохранности общей структуры психических функций, чем у больных «вероятной» БА. Анализ результатов по шкале И.Ф. Рошиной [2] показал, что при БА синдром УКН определяется сочетанием нарушения активационного обеспечения и динамических параметров психической деятельности со снижением возможностей программирования и контроля за ее протеканием. У больных выявлялись достаточно значительный мnestический дефект, нарушения моторных компонентов речи (элементы кинестетической моторной, моторной эfferентной афазии) и ее номинативной функции. Исследование больных с УКН при ДЭ выявило нарушения динамических параметров психической деятельности операционных составляющих (динамический практико-пространственная деятельность).

При анализе ЭЭГ учитывали наличие или

Таблица 2

Нейрофизиологическая характеристика больных с УКН

Характеристики ЭЭГ	ДЭ	БА
Мощность тета-диапазона, %		
в теменно-затылочных отведениях	26,4±0,91	21,9± 0,8*
в теменно-височных отведениях	25,2±0,8	22,8±0,7*
Мощность бета-диапазона в теменно-затылочных отведениях, %	55,2±0,5	56,6±0,4
Частота альфа-ритма в теменно-затылочных отведениях, Гц	9,1±0,7	9±0,8

отсутствие альфа-ритма, его частоту и амплитуду, а также зональное распределение и симметричность. Нейрофизиологическое исследование показало, что при БА ЭЭГ характеризуется уплощением альфа-ритма, в 24% отмечается наличие эпилептических разрядов. При ДЭ более характерны дезорганизация, гиперсинхрония электрической активности, усиление медленно-волновой активности (преимущественно тета-диапазона), наличие билатерально-синхронных вспышек. Согласно полученным данным, в ритмике ЭЭГ у больных имеются существенные различия, которые сопровождают уровень познавательных нарушений (табл. 2). Наибольшей значимости отклонения ЭЭГ достигают в доминирующем полушарии, преимущественно в теменно-

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕГЕНЕРАТИВНОЙ И СОСУДИСТОЙ ЭТИОЛОГИИ

затылочных отведений, где снижается мощность α -ритма. Мощность тета-диапазона в группе больных с ДЭ достоверно выше, чем у больных с «вероятной» БА. Исследование функции когерентности показало, что развитие умеренных когнитивных нарушений при ДЭ сопровождается снижением связей в α -диапазоне удаленных точек коры полушарий мозга при сохранении локальных внутриполушарных связей в теменно-затылочной области (табл. 3). Для синдрома УКН при БА выявлено более грубое разобщение связей между как удаленными, так и внутриполушарными точками коры головного мозга.

Таблица 3

Нейропсихологические тесты	ДЭ	БА	p
Лобно-центральное	$0,4 \pm 0,08$	$0,18+0,09$	$< 0,05$
Теменно-затылочное	$0,52 \pm 0,11$	$0,31+0,13$	$> 0,05$
Лобно-затылочное	$0,22 \pm 0,02$	$0,13+0,03$	$< 0,01$

При ДЭ УКН сочетаются с выраженным неврологическим синдромом. При «вероятной» БА неврологическая симптоматика минимальна. Нейропсихологическое исследование выявило нарушения серийного счета, функции речи у больных с ДЭ, обусловленные нарушением внимания по модально-неспецифическому типу и связанные с поражением срединных структур головного мозга (I функциональный блок по А.Р. Лурリア) [1]. В группе больных с «вероятной» БА когнитивные расстройства более характерны для нарушения произвольной регуляции интеллектуальной деятельности и обусловлены поражением переднего ассоциативного комплекса корковых зон (III функциональный блок мозга).

Семантическая организация материала улучшает показатели у больных с УКН при ДЭ, в отличие от больных с «вероятной» БА. Исследование спектральных характеристик и когерентности ЭЭГ показало, что умеренные осудистые когнитивные нарушения обусловлены дисбалансом кольцевого корково-подкорково-коркового отношения с видоизменением активности неокортекса со стороны неспецифических структур мозга. Дегенеративные умеренные когнитивные нарушения сопровождаются разобщением связей между как удаленными, так и внутриполушарными точками коры головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. — М., 2003.
 2. Рощина И.Ф., Жариков Г.А. // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1998. — Т. 98. — №.2. — С. 34—39.
 3. Руженская Е.В. Организационные аспекты совершенствования диагностического процесса и технологий динамической оценки состояния пациентов с когнитивными расстройствами. Метод. пособ. — Иваново, 2006.
 4. Шмидт Е.В. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — №9. — С.1281—1288.
 5. Frisoni G.B., Galluzzi S., Bresciani L. et al. // J. Neurol. — 2002. — Vol. 249. — P.1423—1432.
 6. Petersen P., Doody R. // Arch. Neurol. — 1997. — Vol. 58. — P. 542—548.

Поступила 03.07.07.