

Когнитивные и постуральные нарушения у пациентов с сосудистым паркинсонизмом

И.П. Ястребцева, В.В. Пирогова, А.И. Кулешова

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

Обследовано 50 пациентов 22–82 лет, перенесших транзиторную ишемическую атаку или малый инсульт. Больные были разделены на три сопоставимые по возрасту группы: первую составили 18 человек с сосудистым паркинсонизмом, вторую — 16 пациентов без акинетико-ригидной симптоматики с когнитивными нарушениями, третью — 16 пациентов без акинетико-ригидной симптоматики с отсутствием когнитивных нарушений на момент осмотра. Проводилось клиническое, нейропсихологическое, психологическое, функциональное обследование статического и динамического компонентов постурального баланса. Результаты работы свидетельствуют, что у пациентов с патологией церебральных сосудов легкая степень выраженности акинетико-ригидной симптоматики не определяет наличие и выраженность когнитивных нарушений и не приводит к существенным нарушениям постурального баланса. Транзиторная ишемическая атака и малый инсульт в первый месяц заболевания сопровождаются умеренными динамическими расстройствами равновесия. При сочетании цереброваскулярной патологии с легкими начальными проявлениями сосудистого паркинсонизма пластический гипертоonus способствует повышению устойчивости пациентов и компенсации постуральных дисфункций.

Ключевые слова: транзиторная ишемическая атака, малый инсульт, сосудистый паркинсонизм, когнитивные нарушения, нарушения постурального баланса.

Церебральный инсульт является первоочередной медико-социальной проблемой современной неврологии и занимает первое место из всех возможных причин утраты трудоспособности. Одним из наиболее часто встречающихся проявлений **хронической ишемии мозга** и церебрального инсульта является **нарушение когнитивных** [1, 2] и постуральных функций [3]. Расстройства мнестико-интеллектуальной сферы ограничивают возможности пациентов в их повседневной жизни. При тяжелых дисфункциях, достигающих степени деменции, они приводят к инвалидизации и грубым ограничениям жизнедеятельности, требующим помощи и регулярной заботы ближайшего окружения пациента [4]. Одним из частых двигательных расстройств, развивающихся после острого инсульта, является патология функции ходьбы и вертикального стояния [5].

Изучение структуры когнитивных и постуральных нарушений у пациентов с патологией церебральных сосудов, явилось **целью** данной работы.

Материалы и методы

Обследовано 50 пациентов 22–82 лет (средний возраст $63,95 \pm 11,13$ лет): 31 (62 %) мужчина и 19 (38 %) женщин, перенесших транзиторную ишемическую атаку или малый инсульт. У всех пациентов отмечалась патология магистральных артерий головы и шеи. Критерии исключения: дрожательные проявления синдрома паркинсонизма, а также парезы и мозжечковая атаксия на момент обследования.

Больные были разделены на три сопоставимые по возрасту группы для оценки когнитивных нарушений. Группу 1 составили 18 человек с сосудистым паркинсонизмом (средний возраст $67,27 \pm 6,90$ лет, 13 мужчин и 5 женщин), группу 2 — 16 пациентов без акинетико-ригидной симптоматики с когнитивными нарушениями ($67,80 \pm 7,23$ лет, 6 мужчин и 10 женщин), группу 3 — 16 пациентов без акинетико-ригидной симптоматики с отсутствием когнитивных нарушений на момент осмотра ($55,07 \pm 12,78$ лет, 12 мужчин и 4 женщины). Проводилось клиническое, психологическое обследование (Mini-Mental State Examination, MMSE [11]) для выявления когнитивных дисфункций, нейропсихологическое (тесты с зашумленными буквами, цифрами, рисунками; наложенными фигурами; с зеркальным изображением цифр и букв; проба на звуковой и предметный гнозис; фигуры Рубина [6]) для верификации зрительных, слуховых, предметных гностических расстройств, функциональное тестирование статического и динамического компонентов постурального баланса (тесты Bohannon [12] и Tinetti [13]). Проведена качественная и количественная оценка выявленных очаговых и диффузных изменений с определением количества, локализации и размеров церебральных очагов.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием непараметрического метода корреляционного анализа по Спирмену, t-критерия Стьюдента для независимых выборок, а частота встречаемости

оценивалась по критерию χ^2 Пирсона и Фишера. Средне-выборочные значения считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Выраженность когнитивных и поструральных нарушений существенно не отличалась у пациентов 1-й и 3-й групп сравнения. Эти функции оставались сохранными относительно показателей лиц 2-й группы ($p < 0,05$). В 1-й и 3-й группах общий балл MMSE соответствовал варианту возрастной нормы; а во 2-й — легкой степени деменции (табл. 1).

Обследованные больные (n)	Результаты теста MMSE (баллы)
1-я группа (18)	24,22 ± 3,75
2-я группа (16)	21,53 ± 2,60
3-я группа (16)	26,27 ± 1,57

Во всех группах степень когнитивных нарушений имела сильную прямую коррелятивную связь с выраженностью как статических ($r = 0,78$ у пациентов 1-й группы; $r = 0,76$ у лиц 2-й группы; $r = 0,71$ у представителей 3-й группы), так и динамических расстройств равновесия (соответственно $r = 0,71$; $r = 0,76$; $r = 0,84$). Функция памяти страдала в первую очередь у пациентов 1-й и 2-й групп, значительно превышая расстройства у лиц 3-й группы. Кроме того, у представителей 2-й группы существенно нарушалось внимание, речь и рисование. Степень выраженности нарушений ориентировки во времени и пространстве, восприятия, выполнения трехэтапной команды, чтения значительно не различалась в группах изучения (табл. 2).

Подпункты MMSE	Результаты теста MMSE (баллы)		
	1-я группа (n = 18)	2-я группа (n = 16)	3-я группа (n = 16)
Время	4,33 ± 0,82	4,2 ± 0,75	4,67 ± 0,47
Место	5,0 ± 0	4,6 ± 0,88	4,82 ± 0,34
Восприятие	3,0 ± 0	3,0 ± 0	3,0 ± 0
Внимание	2,61 ± 1,46	2,0 ± 1,37**	3,47 ± 1,02**
Память	1,5 ± 1,17*	0,93 ± 0,93**	2,33 ± 0,87*, **
Речь	1,5 ± 0,5*	1,0 ± 0,37*, **	1,47 ± 0,5**
Трехэтапная команда	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,0 ± 0
Чтение	3,0 ± 0	3,0 ± 0	3,0 ± 0
Рисование	2,28 ± 1,04	1,8 ± 0,75**	2,33 ± 0,62**

Примечание: * $p < 0,05$ при сопоставлении показателей 1-й и 2-й групп, ** $p < 0,05$ при сопоставлении показателей 3-й и 2-й групп.

По результатам нейропсихологических тестов зрительные, слуховые, предметные гностические расстройства с большей частотой встречались у пациентов 2-й группы (табл. 3).

Тесты	Частота ошибок нейропсихологических тестов, абс. (%)		
	1-я группа (n = 18)	2-я группа (n = 16)	3-я группа (n = 16)
Зашумленные буквы	2 (11,1%)*	4 (26,7%)*, **	1 (6,7%)**
Зашумленные цифры	0 (0,0%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)
Зашумленные рисунки	4 (22,2%)	3 (20,0%)	2 (13,3%)
Наложённые фигуры	9 (50,0%)	9 (60,0%)**	5 (33,3%)**
Зеркальное изображение цифр	3 (16,7%)*	0 (0,0%)*	1 (6,7%)
Зеркальное изображение букв	3 (16,7%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)
Звуковой гнозис	3 (16,7%)	2 (13,3%)**	0 (0,0%)**
Предметный гнозис	0 (0,0%)*	2 (13,3%)*	1 (6,7%)
Фигуры Рубина	17 (94,4%)	15 (100,0%)	14 (93,3%)

Примечание: * $p < 0,05$ при сопоставлении показателей 1-й и 2-й групп, ** $p < 0,05$ при сопоставлении показателей 3-й и 2-й групп.

У 49 больных (97,9%), включенных в данное исследование, отмечались нарушения пострурального баланса. Статические нарушения пострурального баланса соответствовали возрастной норме, а динамические имели умеренную степень выраженности (табл. 4).

Обследованные больные (n)	Результаты тестов (баллы)	
	Тест Bohannon	Тест Tinetti
1-я группа (18)	4,00 ± 0,88	13,78 ± 4,44
2-я группа (16)	3,40 ± 0,81	10,86 ± 1,50
3-я группа (16)	4,87 ± 0,88	17,27 ± 4,04

Во всех группах преобладали нарушения преимущественно динамического компонента пострурального баланса (см. рисунок).

Нарушения динамического компонента пострурального баланса носили чаще умеренный и выраженный характер (табл. 5).

У пациентов как 1-й, так и 2-й и 3-й групп отмечались изменения походки. У больных с сосудистым паркинсонизмом наблюдалась «шаркающая походка» на широко расставленных ногах с уменьшением длины и высоты шага. У лиц 3-й группы наблюдались признаки осторожной походки. Для представителей 2-й группы наиболее характерна была крайне осторожная, медленная, атактическая походка, сопровождаемая потерей равновесия при уменьшении площади опоры.

Таблица 5. Степень нарушения пострального баланса

Степень нарушения пострального баланса	Частота степени нарушения пострального баланса, абс. (%)			
	1-я группа		Объединенная 2-я и 3-я	
	Статический компонент	Динамический компонент	Статический компонент	Динамический компонент
Легкая	4 (22,2 %)	1 (5,6 %)	9 (30,0 %)	4 (13,3 %)
Умеренная	1 (5,6 %)	12 (66,7 %)	1 (3,3 %)	18 (60,0 %)
Выраженная	0 (0,0 %)	4 (22,2 %)	0 (0,0 %)	8 (26,67 %)

При движении у них отмечались отклонения в стороны. Движения рук и ног при этом оставались нескоординированными, повороты туловища — затрудненными.

Обсуждение

Известно, что распространенность деменции зависит от стадии паркинсонизма. В отличие от легких и умеренных когнитивных нарушений, деменция нехарактерна для ранних стадий паркинсонизма, но развивается у пациентов с длительным стажем данного заболевания [7]. Как показывают результаты нашей работы, у пациентов с сосудистым паркинсонизмом выявлена легкая степень деменции при незначительной выраженности акинетико-ригидной симптоматики. Когнитивные нарушения характеризуются страданием практически всех основных видов когнитивных нарушений и их качественной модификацией. Характерны выраженные нарушения концентрации внимания, памяти, интеллектуальных функций, зрительно-пространственного гнозиса, пространственного и динамического праксиса. Может присутствовать недостаточность номинативной функции речи, проявляющаяся трудностями называния показываемых предметов.

При цереброваскулярной патологии развиваются постральные нарушения [8]. При хронической ишемии мозга расстройства стояния и ходьбы могут напоминать таковые при акинетико-ригидном синдроме [9], в связи с чем они даже получили название «паркинсонизм нижней части тела» [14]. Нарушения ходьбы отмечаются уже на ранних стадиях болезни Паркинсона. В начале заболевания эти расстройства не вызывают серьезных проблем у пациентов. По мере прогрессирования заболевания и присоединения постральной неустойчивости их инвалидизирующее влияние неуклонно нарастает [10]. Данные нашего исследования свидетельствуют о наличии расстройств динамического (преимущественно умеренной степени) и статического (легкой степени) компонентов пострального баланса в остром периоде острого нарушения мозгового кровообращения у пациентов без акинетико-ригидного синдрома, но имеющих значительные когнитивные нарушения.

Выводы

1. У пациентов с патологией церебральных сосудов легкая степень выраженности акинетико-ригидной симптоматики не определяет наличие и выраженность когнитивных нарушений.

2. Акинетико-ригидная симптоматика на начальных стадиях заболевания не приводит к существенным нарушениям пострального баланса. Клинические проявления транзиторной ишемической атаки и малого инсульта в первый месяц заболевания сопровождаются умеренными динамическими расстройствами равновесия, без грубых статических нарушений. При сочетании цереброваскулярной патологии с легкими начальными проявлениями сосудистого паркинсонизма пластический гипертонус способствует повышению устойчивости пациентов и компенсации постральных дисфункций.

Полный список использованной литературы см. на сайте <http://logospress.ru/zvrach>

Cognitive and postural abnormalities in patients with vascular parkinsonism

I.P. Yastrebtceva, V. Pirogov, A. I. Kuleshova
Nizhny Ivanovo state medical Academy Ministry Of Health Of Russia

Examined 50 patients 22–82 years old who have suffered an transient ischemic attack or a mini-stroke. Patients were divided into three comparable by age groups. First consisted of 18 patients with vascular parkinsonism, second — 16 patients without akinesic-rigid symptomatology and with cognitive disorders, third — 16 patients without akinesic-rigid symptomatology and without cognitive disorders at the moment of examination. Conducted clinical, neuropsychological, psychological, functional examination static and dynamic components of postural balance. Results of the work show that most pronounced cognitive disorders observed in patients with pathology of cerebral vessels without akinesic-rigid symptomatology. An transient ischemic attack or a minor stroke at the first month of the disease accompanied by moderate dynamic balance disorders. When combined cerebrovascular pathology with light initial manifestations of vascular parkinsonism plastic hypertonus contributes to the stability of patients and compensation of postural dysfunction.

Key words: transient ischemic attack, a mini-stroke, vascular parkinsonism, cognitive disorders, postural balance disorders.