

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ НА КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Л. А. Черевашенко, И. А. Черевашенко, Н. Н. Куликов,
Е. В. Бережная, О. В. Молявчикова
Пятигорский государственный НИИ курортологии

В настоящее время особую актуальность приобретает проблема прогрессивной хронической цереброваскулярной патологии в виде дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) [9, 12, 16]. Эпидемиологическая ситуация по сосудистым заболеваниям головного мозга характеризуется высокой распространенностью и прогнозируемым увеличением частоты, что связано с «постарением» населения, прогрессирующим ростом экстремальных воздействий и недостаточной реализацией программ профилактики артериальной гипертензии и атеросклероза [2, 4, 7, 3].

Ключевым проявлением ДЭ являются когнитивные нарушения, которые во многом определяют тяжесть состояния больных и являются важным диагностическим критерием и одним из лучших маркеров динамики заболевания [6, 11, 14]. Это определяет необходимость оптимизации стратегий лечения больных ДЭ на стадии обратимых изменений, что позволяет обеспечить сохранность когнитивного потенциала, качества жизни больных, исключить развитие сосудистой деменции [8, 10, 15, 17]. Перспективным в этом аспекте является использование природных и преформированных физических факторов, которые обладают способностью влиять как непосредственно на патологический субстрат, так и на общие интегративно-регуляторные системы организма [1, 5]. Необходимо учитывать, что бальнеологические процедуры являются источником общих афферентных воздействий, имеющих неспецифический характер и адресующихся срединным неспецифическим структурам головного мозга. Это диктует необходимость включения в процесс курортной реабилитации управляющего фактора, обладающего

дозированным и прицельным действием на субстрат пораженного органа, что позволяет оказывать нормализующее влияние на патологическую детерминантную систему, активизировать процессы сано-генеза и модулировать деятельность ретикулярной формации для восприятия афферентной импульсации [1, 3]. Учитывая возможность центральных регуляторных структур головного мозга изменять свои функциональные характеристики при регулярном подкреплении соответствующими сигналами, мы предположили, что комбинированное применение радоновых ванн и цветотерапии позволит усилить афферентный поток на корково-подкорковые структуры, отвечающие за формирование когнитивных и вегетативных функций.

Цель исследования: изучить состояние когнитивной и эмоционально-волевой сферы у больных хронической ДЭ I стадии и оценить его динамику при комбинированном использовании радоновых ванн и цветотерапии на этапе санаторно-курортной реабилитации.

Материал и методы. Под наблюдением в неврологическом отделении клиники находилось 30 больных в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $54,3 \pm 1,1$ года) с хронической дисциркуляторной энцефалопатией I стадии. Все пациенты получали 21-дневный курс лечения, который включал санаторный режим, климатотерапию, диетическое питание, лечебную физическую культуру, массаж шейно-воротниковой области, радоновые ванны концентрацией 1,5 кБк/л (40 нКи/л), на курс 10 ванн, температурой 37 °С, экспозицией 10–15 минут, частотой 3–4 раза в неделю и цветотерапию приставкой «Цветоритм» от аппарата «АМО-АТОС» (Россия) на курс 10 процедур.

Исследование когнитивной и эмоционально-волевой сферы проводилось с использованием стандартных нейро-психологических методик: 1) шкала MMSE (Mini-Mental State Examination), 2) тест запоминания 10 слов Лурия, 3) таблицы Шульце, 4) шкала тревоги Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина.

Перед исследованием с каждым больным проводилась предварительная беседа, что позволяло составить общее представление о состоянии сознания, особенностях личности, об отношении пациента к себе и той ситуации, в которой он находится, ориентировки в месте, времени, эмоциональном фоне. Выяснялось наличие жалоб больного на снижение памяти, нарушение чтения, письма, речи, счета, гнозиса, праксиса.

Статистическая обработка данных проводилась с применением программных пакетов «Statistica» 6,0 версии. Нормальность распределения определялась с помощью критерия Шапиро-Уилка (W-test) и теста Лиллиефорса (Lilliefors's test). Оценка равенства

Черевашенко Любовь Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Пятигорского государственного НИИ курортологии, тел.: 89624563957, (87933)38414, e-mail: elenasoboleva2005@yandex.ru.

Черевашенко Игорь Александрович, врач-ординатор неврологического отделения клиники Пятигорского государственного НИИ курортологии, тел.: 89283604955, (87933)38414, e-mail: elenasoboleva2005@yandex.ru.

Куликов Николай Николаевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Пятигорского государственного НИИ курортологии, тел.: 89283288280, (87933)38414, e-mail: elenasoboleva2005@yandex.ru.

Бережная Елена Васильевна, кандидат медицинских наук, врач-невролог клиники Пятигорского государственного НИИ курортологии, тел.: 89188057379, (87933)38414, e-mail: elenasoboleva2005@yandex.ru.

Молявчикова Ольга Вячеславовна, кандидат медицинских наук, заведующая центром восстановительной медицины ФГУЗ «КБ № 101» ФМБА России, тел.: 89187538775, (87935)30990, e-mail: elenasoboleva2005@yandex.ru.

дисперсий проводилась на основании результатов теста Левена. Уровень значимости различий между связанными выборками при соблюдении условий нормальности распределения и равенства дисперсий определялся с помощью критерия Стьюдента. Качественные показатели анализировались по критерию углового преобразования Фишера. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Психодиагностические исследования показали, что когнитивные нарушения у больных имели субкомпенсированный характер (табл.). Оценка общей когнитивной продуктивности свидетельствует, что признаки когнитивного дефицита у больных отсутствуют (29-27 баллов по данным шкалы Mini Mental State Examination (MMSE) у 100 % исследуемых). Больные были ориентированы, контролировали свои эмоции, поведение, но вместе с тем у большинства имелись легкие дисфункции интеллектуальных процессов (описываемые самими пациентами как «трудности сосредоточения», «повышенная утомляемость» и др.), нарушения селективности и снижение уровня обобщения. Отмечались негрубые дисмнестические расстройства (согласно данным теста А. Р. Лурия «Запоминание 10 слов», нарушения непосредственного и опосредованного (через 1 час) воспроизведения имели место у 90 % больных и составляли 5,4 и 5,1 слова соответственно). Имелись отчетливые, но не грубые дефекты внимания, которые выражались недостаточностью и истощаемостью процессов концентрации, распределения внимания и его переключения. Согласно полученным данным, среднее время выполнения задания по одной таблице методики Шульте у 83,3 % больных составляло 45–55 секунд. Кроме того, у 76,7 % больных имелись нарушения в эмоциональной сфере в виде лабильности, сенситивности, ригидности.

Таблица

Показатели нейропсихологического тестирования больных с дисциркуляторной энцефалопатией 1 стадии

Нейропсихологические тесты	До лечения	После лечения
Тест А. Р. Лурия: непосредственное воспроизведение	5,4±0,20	6,06±0,23*
опосредованное воспроизведение	4,73±0,17	5,43±0,27*
Проба Шульте	49,3±2,01	43,73±1,99*
Шкала MMSE	28,2±0,8	28,8±0,7
Уровень тревожности: реактивная	49,8±4,3	34,7±5,4*
личностная	52,3±5,1	47,4±5,7

* – достоверность различия до и после лечения ($p < 0,05$).

При оценке выраженности тревожных проявлений по тесту Спилберга-Ханина отмечено их повышение практически у всех больных, что выражалось беспокойством, напряженностью, раздражительностью, ипохондричностью. Характерной являлась высокая степень личностной тревожности у большинства больных, что характеризует склонность к универсальной реакции тревоги на все раздражители, непосредственно коррелирует с наличием невротического

конфликта, эмоциональными и невротическими срывами, психосоматическими проявлениями. Соответственно и уровень реактивной тревожности почти у трети больных с ДЭП I стадии оценивается по степени как умеренный.

Таким образом, у большинства больных с ДЭП I стадии отмечено наличие ранних нейропсихологических изменений личности по типу нарастания уровня невротизации, реактивной и личностной тревожности, сопровождающихся снижением памяти и работоспособности. Тем не менее в психопатологической картине больных отсутствуют проявления, которые можно было бы расценить как стойкое дефектное состояние, она представлена в основном такими симптомокомплексами, как астенический, астено-депрессивный, неврастенический.

После комплексного лечения, включающего радоновые ванны и цветотерапию, отмечена положительная динамика нарушенных когнитивных функций (табл.). Так, по данным теста А. Р. Лурия, улучшение мнестических процессов наступило у 77,8 % больных (объем непосредственного и опосредованного воспроизведения составлял 6,3 и 6,1 слова соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствует об улучшении кратковременной и долговременной памяти пациентов, улучшении процессов сосредоточения и внимания. Среднее время выполнения задания по одной таблице Шульте достоверно снизилось у 68 % больных и составило 40–45 секунд ($p < 0,05$), что говорит об увеличении объема произвольного внимания, его распределения и переключения, улучшении процессов концентрации. При оценке выраженности тревожных проявлений по тесту Спилберга-Ханина показатели личностной тревожности претерпели небольшие изменения, тогда как данные реактивной тревожности снизились значительно ($p < 0,05$).

Заключение. Для объективизации факта когнитивных изменений целесообразно использовать комплекс нейропсихологических методик. Достаточная информативность этих исследований позволяет рекомендовать их к внедрению в неврологическую практику для выявления когнитивных нарушений на ранних стадиях хронической недостаточности мозгового кровообращения, использовать их для решения вопроса о лечебно-профилактических мероприятиях и своевременной диспансеризации больных. Комбинированное использование радоновых ванн и цветотерапии является патогенетически обоснованным методом коррекции мнестических нарушений, уменьшает проявления астенического, тревожно-депрессивного синдромов.

Литература

1. Айвазов, В. Н. Управляемая бальнеотерапия на курорте / В. Н. Айвазов // Проблемы и перспективы санаторно-курортного лечения и реабилитации в здравницах России : сб. науч. тр. – Сочи – Дагомыс, 2006. – С. 6.
2. Бурцев, Е. М. Дисциркуляторная энцефалопатия (эпидемиология, варианты клинического течения, классификация, лечение) / Е. М. Бурцев // Проблемы неврологии и нейрохирургии. – Иваново, 1994. – С. 93–102.
3. Великанов, И. И. Значение курортологии в обеспечении здоровья населения России / И. И. Великанов // Матер. Рос. науч.-практ. конф. – Пятигорск, 1995. – С. 139–141.
4. Дамулин, И. В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте : авто-

- реф. дис. ... д-ра мед. наук / Дамулин И. В. – М., 1997. – 32 с.
5. Ефименко, Н. В. Курортное лечение как этап ранней реабилитации больных, перенесших органосохраняющие операции по поводу осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ефименко Н. В. – Пятигорск, 2002. – 46 с.
 6. Захаров, В. В. Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии / В. В. Захаров, А. Б. Локшина. – Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 20. – С. 25–30.
 7. Королева, В. В. Патологический анализ ведущих механизмов формирования дисциркуляторной энцефалопатии 1 стадии : дис. ... канд. мед. наук / Королева В. В. – Челябинск, 2003. – 148 с.
 8. Коршунова, Ю. А. Динамика клинико-нейропсихологических показателей у больных дисциркуляторной энцефалопатией с умеренными когнитивными нарушениями в процессе нейрометаболической терапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Коршунова Ю. А. – 2009. – 26 с.
 9. Левин, О. С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении / О. С. Левин // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 8. – С. 72–79.
 10. Левин, О. С. Факторы, влияющие на факторы жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией с умеренным когнитивным расстройством / О. С. Левин, М. М. Сагова, Л. В. Голубева // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 25–28.
 11. Локшина, А. Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / А. Б. Локшина, В. В. Захаров // Неврологический журнал. – 2006. – Т. 1 (прил. 1). – С. 57–64.
 12. Мищенко, Т. С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные взгляды на патогенез и диагностику / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова // Здоров'я України. – 2006. – № 15–16. – URL : <http://www.health-ua.com/articles/1365.html>.
 13. Спасенников, Б. А. Дисциркуляторная энцефалопатия : дис. ... д-ра мед. наук / Спасенников Б. А. – М., 1996. – 317 с.
 14. Старчина, Ю. А. Когнитивные расстройства при цереброваскулярных заболеваниях: диагноз и лечение / Ю. А. Старчина, В. А. Парфенов // Рус. мед. журнал. – 2008. – Т. 16, № 12. – С. 1650–1652.
 15. Чельшева, И. А. Когнитивные и эмоциональные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии : дис. ... д-ра мед. наук / Чельшева И. А. – Иваново, 2004. – 307 с.
 16. Яхно, Н. Н. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров // Русский мед. журнал. – 2002. – Т. 10, № 12–13. – С. 539–542.
 17. Яхно, Н. Н. Дисциркуляторная энцефалопатия / Н. Н. Яхно, В. В. Дамулин. – М. : ДКИ Сорвер-Пресс, 2004. – 32 с.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ НА КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Л. А. ЧЕРЕВАЩЕНКО,
И. А. ЧЕРЕВАЩЕНКО, Н. Н. КУЛИКОВ,
Е. В. БЕРЕЖНАЯ, О. В. МОЛЯВЧИКОВА

Состояние когнитивной сферы изучено у 30 больных в возрасте от 45 до 65 лет с хронической ДЭ 1 стадии. Пациенты получали 21-дневный курс лечения, который включал санаторный режим, климатотерапию, лечебную физическую культуру, массаж шейно-воротниковой области, радоновые ванны 40 нКи/л и цветотерапию приставкой «Цветоритм» от аппарата «АМО-АТОС», после чего были обследованы повторно.

Показано, что когнитивные нарушения являются ключевым проявлением ДЭ. Достаточная информативность нейропсихологических исследований позволяет рекомендовать их к внедрению в неврологическую практику для выявления нарушений на ранних стадиях ДЭ, использовать для решения вопроса о лечебно-профилактических мероприятиях и своевременной диспансеризации больных.

Комбинированное использование радоновых ванн и цветотерапии является патогенетически обоснованным методом коррекции мнестических нарушений, уменьшает проявления астенического, тревожно-депрессивного синдромов.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные нарушения, радоновые ванны, цветотерапия

COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY AND THEIR CORRECTION AT THE RESORT PHASE

CHEREVASCHENKO L. A.,
CHEREVASCHENKO I. A., KULIKOV N. N.,
BEREZHNAYA E. V., MOLYAVCHIKOVA O. V.

State of cognitive sphere was studied in 30 patients aged from 45 to 65 years with chronic DE stage 1. Patients received 21-day course of treatment, which included a sanatorium regimen, climatotherapy, therapeutic physical culture, massage of brachia-cervical areas, radon baths, color therapy with the attachment «Tsvetoritm» of the device «AMO-ATOS», and then were examined repeatedly.

It is shown that cognitive impairments are a key manifestation of DE. Sufficient informative neuropsychological studies can be recommended for implementation in practice of detection of neurological disorders on the early stages of DE, be used to solve the problem of treatment and preventive measures and timely medical examination of patients.

Combined use of radon baths and color therapy is a pathogenetically justified method for correcting mnemonic disorders, it reduces the appearance of asthenic, anxious-depressive syndromes.

Key words: encephalopathy, cognitive disorders, radon baths, color therapy