

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

В.В. Чурсин¹
И.В. Боев¹
З.М. Татаркулова¹
Ж.Ю. Чефранова²

¹⁾ *Ставропольская государственная
медицинская академия*

²⁾ *Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: chursinvladimir@rambler.ru

В статье представлены результаты многовекторного клинико-неврологического анализа сравнительной эффективности различных лечебных технологий дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). Проведенные нами исследования показали наибольшую терапевтическую эффективность сочетания медикаментозного комплекса мемантина, инстенона, нейропсихологической коррекции (НПК) и рефлексотерапии (РТ) у больных ДЭ с когнитивными нарушениями (КН)

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные нарушения, методы терапии.

Введение. КН наряду с другими неврологическими проявлениями хронического цереброваскулярного заболевания (ЦВЗ) составляют клиническое ядро заболевания, а также служат своеобразным индикатором терапевтической эффективности лечения ДЭ [1, 3, 5]. Оптимальное сочетание фармакологических и немедикаментозных технологий, а также их сравнительная эффективность в терапии КН в рамках хронического ЦВЗ вызывает определённые сложности в клинической неврологии [2, 4, 5].

Цель настоящего исследования – проведение сравнительной оценки терапевтической эффективности фармакологической и комбинированной немедикаментозной терапии (НПК и РТ) с помощью метода многомерного клинико-неврологического анализа. [4].

Материал и методы. На первом этапе работы было проведено эмпирическое клинико-неврологическое дифференциально-диагностическое обследование 184 больных, страдающих хроническими ЦВЗ в виде ДЭ I-II стадии. На втором этапе, согласно поставленной задаче, с помощью многомерного клинико-неврологического анализа было выделено 124 больных ДЭ I-II стадии, у которых на основе нейропсихологического тестирования определены легкие или умеренно выраженные КН. Из группы обследования было исключено 48 больных с КН иного, нежели цереброваскулярного, происхождения, а также больные с клиническими проявлениями депрессивных или любых психопатологических расстройств эндогенного происхождения. Оставшиеся 76 больных составили 2 группы исследования, 1 основная группа – 36 больных, 2 сравнительная группа – 40 больных. Давность заболевания составляла $5,8 \pm 2,5$ лет. На долю женщин приходилось 59%, мужчин – 41% больных. Средний возраст женщин $41,3 \pm 4,56$, мужчин – $48,2 \pm 5,34$ лет. Социальный состав обследуемых представлен работающими в большинстве случаев – $69,1 \pm 6,7\%$. Высшее образование имели $46,2 \pm 4,7\%$, среднее – $54,8 \pm 5,6\%$ больных. Была сформирована 3 контрольная группа из 40 условно здоровых лиц в возрасте $39,3 \pm 3,862$ ($n=40$) без признаков ЦВЗ. Выраженность КН оценивали в сравнении с балльной выраженностью когнитивных векторов в контрольной группе.

С целью объективизации не только сравнительной эффективности различных методов терапии, но и определения времени длительности сохранения оптимального фармакологического действия предлагаемых лечебных технологий, сравнивались показатели КН через 3 и 6 мес. после первичной клинико-неврологической и когнитивной диагностики.

В 1 основной группе ($n=36$) проводилась комбинированная медикаментозная терапия по следующей схеме: инстенон (этамиван, этофиллин, гексобендин) вводился внутривенно капельно по 2,0 мл на 200,0 мл физиологического раствора с

последующим внутривенным введением ноотропного метаболического препарата – ноотропила в дозе 2 грамма (10,0 мл раствора) с 10 мл физиологического раствора 1 раз в день на протяжении 10 дней ежедневно. Параллельно был назначен пер ос ингибитор глутамат-эргического NMDA-рецепторного комплекса – мемантин (акатинол) по схеме – 5 мг в сутки 3 дня, 10 мг в сутки ещё 10 дней, затем по 20 мг в сутки в течение 3 месяцев.

Во 2 сравнительной группе (n=40) применялась комплексная фармакологическая и немедикаментозная терапия, подразумевающая помимо вышеуказанной медикаментозной схемы, использование немедикаментозной терапии КН в виде нейропсихологической коррекции (НПК) и рефлексотерапии (РТ). Метод РТ представлял собой укалывание точек общеукрепляющего, общерегулирующего действия в сочетании с точками направленного воздействия на системную и церебральную гемодинамику: Е.36, G1.4, G1.11, Е.40, Е.9, МС.7, МС.8, С.7, МС.6, F.3, F.2, VС.12, VС.17, R.8, VВ.40, VВ.39, VС.15, VВ.21, VГ.20, R.3, VГ.15, VВ.19, F.8, С.5, TR.5, Е.19, V.62, V.54, TR.10, R.3, RP.6, RP.4 и др. в количестве на одну процедуру от 12 до 16 точек. Длительность процедуры РТ составляла 20-45 минут через день. Курс терапии включал 10 сеансов.

НПК была неспецифически направлена на улучшение запоминания (обучение мнемоническим приемам), воспроизведения (использование опосредующих приемов), тренировку переключения от одной задачи к другой, торможение неадекватных импульсивных реакций, обучение планированию, вербальной регуляции своих действий. Нейропсихологические тренинги проводились в группах по 3-6 человек, обеспечивающих взаимозаимоэмоциональную поддержку внутри группы, или индивидуально 2-3 раза в неделю на протяжении всего периода медикаментозного лечения (3 мес.).

КН и их последующая динамика в ходе терапии оценивались в структуре многовекторного клинико-неврологического анализа с определением векторов оценочной шкалы: 1) нарушение слуховой памяти (СП) (тест 10 слов, проба «тройки»); 2) нарушение зрительной памяти (ЗП) – воспроизведение рисунков; 3) нарушение семантического кодирования (СК); 4) нарушение регуляции произвольной деятельности (РПД) – проба «забор»; 5) нарушение пространственной координации (ПК) – пробы «кубик», «часы»; 6) нарушение семантического опосредования и обобщения (СОО) – проба «пятый лишний»; 7) затруднения вербальных ассоциаций (ЗВА); 8) тест «установление закономерностей» (УЗ). Каждый вектор имел балльную оценку степени выраженности: норма – 0 баллов, 1 балл – лёгкая степень выраженности, 2 балла – средняя степень, 3 балла – тяжёлая степень.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных биостатистических программ. Для количественных показателей определяли средние значения (М), а также стандартную ошибку среднего (m). Для оценки статистической значимости между значениями применялся параметрический метод с использованием критерия Стьюдента (t). При уровне значимости $p < 0,05$ (вероятность ошибки не более 5%) различия между значениями считаются статистически значимыми, при $p < 0,01$ (вероятность ошибки менее 1%) статистическая значимость считается высокой, а при $p > 0,05$ (вероятность ошибки более 5%) различия между значениями считаются статистически незначимыми.

Таблица 1

Балльная оценка КН до начала терапии

Векторы КН	Векторный балл КН в основной группе (n=76), М±m	Векторный балл КН в контрольной группе (n=40), М±m
СП*	2,6±0,2	0,2±0,01
ЗП*	2,1±0,2	0
СК*	2,2±0,2	0
РПД*	1,2±0,06	0,3±0,08
ПК*	1,1±0,04	0
СОО*	1,3±0,05	0
ЗВА*	1,2±0,05	0
УЗ*	2,2±0,2	0,5±0,01

* – $p < 0,05$ в сравнении между группами.

Результаты. До начала терапии количественная оценка выраженности исследуемого комплекса КН представлена в табл. 1, где определена статистическая значимость данных диагностических критериев ДЭ в сравнении с контрольной группой.

Цифровые данные убедительно демонстрируют значимость различий всех исследуемых диагностических векторов КН у больных с ДЭ.

В табл. 2 представлены результаты нейропсихологического тестирования в виде выраженности когнитивных векторов у больных в основной и сравнительной группах после завершения проведения комбинированных и комплексных методов терапии через 3 месяца после первичной диагностики. Наглядно показаны различия в эффективности лечебного воздействия сравниваемых комбинированных и комплексных лечебных технологий на когнитивные функции у больных ДЭ.

Таблица 2

Балльная оценка КН у больных ДЭ через 3 мес.

Векторы КН	Векторный балл КН в 1 группе (n=36), M±m	Векторный балл КН во 2 группе (n=40), M±m
СП*	1,4±0,04	0,5±0,009
ЗП*	1,3±0,04	0,7±0,03
СК	0,7±0,01	0,6±0,01
РПД*	0,8±0,02	0,4±0,009
ПК*	0,6±0,01	0,3±0,007
СОО	0,8±0,02	0,6±0,01
ЗВА	0,4±0,007	0,3±0,007
УЗ	1,3±0,06	0,9±0,03

* – $p < 0,05$ в сравнении между группами.

Через 6 месяцев после первичной диагностики КН у больных обеих групп проведено повторное нейропсихологическое исследование. За этот период времени потери количественного состава среди больных составили 2 больных в 1 группе и 1 – во 2 группе. Полученные результаты в рамках многовекторного анализа представлены в виде балльной оценки выраженности КН в табл. 3 и наглядно демонстрируют различия в группах в зависимости от лечебных технологий.

Таблица 3

Балльная оценка КН у больных ДЭ через 6 мес.

Векторы КН	Векторный балл КН в 1 группе (n=34), M±m	Векторный балл КН во 2 группе (n=39), M±m
СП*	1,8±0,1	0,8±0,03
ЗП	1,7±0,1	1,2±0,07
СК	2,1±0,2	1,8±0,1
РПД	1,2±0,04	1,1±0,03
ПК*	1,3±0,06	0,8±0,01
СОО	1,4±0,08	1,1±0,02
ЗВА	1,3±0,08	1,1±0,04
УЗ*	1,7±0,1	1,3±0,04

* – $p < 0,05$ в сравнении между группами.

Обсуждение результатов. Многомерный клинико-неврологический анализ позволил разделить, статистически обработать и проанализировать результаты обследования КН по различным векторам, представляющим собой нейропсихологические диагностические критерии ДЭ. Полученные результаты позволили более точно, с учетом статистической значимости оценить эффективность различных лечебных технологий, влияющих на когнитивные функции у больных ДЭ I-II стадии. Очевидно, что в 1 и 2 группах после проведения комбинированной лечебной технологии (инстенон + ноотропил + акатинол) в течение 3 мес., а также комплексной технологии в виде присоединения НПК и РТ выраженность всех исследуемых когнитивных векторов значительно уменьшилась в сравнении с начальными показателями КН (см. табл. 1 и 2). Эффективность комплексной терапии через 3 месяца от начала наблюдения была различной в 1 и 2 группах, отличаясь

достоверной преобладающей позитивной тенденцией к восстановлению слуховой, зрительной памяти, пространственной координации и регуляции произвольной деятельности во 2 группе больных после завершения комплексной лечебной технологии. Выявленное векторное различие свидетельствует о преимущественной терапевтической эффективности комплексной лечебной технологии на когнитивные, в частности, мнестические и интеллектуальные функции у больных с ДЭ. Изменчивость векторов семантического кодирования, вербальных ассоциаций, установление закономерностей, семантического опосредования и обобщения отличались отсутствием статистической значимости под влиянием комплексной терапии, указывая на отсутствие позитивной терапевтической динамики гностических и ассоциативных мыслительных процессов у больных с ДЭ. Следовательно, через 3 месяца после завершения курса терапии у больных с ДЭ с легкими и умеренными КН сохранилась позитивная динамика преимущественно мнестических функций.

Через 6 месяцев после завершения курса терапии состояние когнитивных функций у больных ДЭ оценено с точки зрения долговременной эффективности сравниваемых технологий. Сохранялось различие по всем когнитивным векторам, но в большинстве случаев оно не носило характера статистически значимой изменчивости ($p > 0,05$), за исключением трех векторов: слуховой памяти, пространственной координации, установления закономерностей (см. табл. 3). При этом средние балльные значения векторов КН спустя 6 месяцев указывали на сохранение основной терапевтической тенденции положительного эффекта от проведенных лечебных технологий, в первую очередь, у больных 2 группы после применения комплексной лечебной технологии, когда присоединение НПК и РТ позволило на достоверном уровне сохранить отдельные показатели мнестических и интеллектуальных функций.

Выводы. С помощью многомерного клинико-неврологического анализа можно продемонстрировать и подтвердить сравнительно большую терапевтическую эффективность комплексной лечебной технологии над комбинированной медикаментозной при восстановлении отдельных показателей легких и умеренно выраженных КН у больных ДЭ.

Литература

1. Боев, И.В. Сравнительная эффективность лечебных технологий при когнитивных нарушениях / В.В. Чурсин, О.И. Боев, З.М. Татаркулова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – №4. – С. 87-88.
2. Густов, А.В. Синдромы нарушений высших психических функций в неврологической практике : учеб пособие / А.В. Густов, Т.В. Мельникова, Е.В. Гузанова. – Н. Новгород : НГМА, 2005. – 154 с.
3. Деменции : руководство для врачей / Н.Н. Яхно [и др.]. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 272 с.
4. Комплексная терапия хронической ишемии мозга / Котов С.В. [и др.] ; под ред. В.Я. Неретина. – М. : РКИ Соверо пресс, 2002. – 96 с.
5. Левин, О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О.С. Левин. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 256 с.

COMPLEX TREATMENT OF COGNITIVE DISORDERS AT PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEFALOPATHY

V.V. Chursin¹

I.V. Boev¹

Z.M. Tatarkulova¹

I.Yu. Chefranova²

¹⁾ *Stavropol State Medical Academy*

²⁾ *Belgorod National Research University*

e-mail: nrcopora1@rambler.ru

The paper presents the results of clinical neurological multivector analysis of comparative effectiveness of different treatment technologies dyscirculatory encephalopathy (DE). Our studies have shown the greatest

therapeutic efficacy of a combination of complex drug memantine, instenona, neuropsychological correction (NPC) and reflexology (RL) in patients with DE with cognitive impairment (CI)

Key words: encephalopathy, cognitive disorders, methods of therapy.