

УДК 616.61-008.64-036.12-78:616.89

*Е.А. Статинова, С.В. Селезнева***КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: программный гемодиализ, когнитивные нарушения

В последнее десятилетие большое внимание уделяется нарушениям когнитивных функций при различных заболеваниях головного мозга как одной из актуальных проблем современной неврологии. Когнитивные нарушения являются основополагающим неврологическим симптомом, важным для топической и нозологической диагностики заболеваний нервной системы, а также соматоневрологических синдромов. Когнитивные нарушения являются одним из центральных проявлений цереброваскулярного процесса, а также и мерой его тяжести.

Под когнитивными функциями принято понимать такие сложные интегративные функции головного мозга, как хранение информации (память), восприятие информации (гнозис), передача информации (праксис и речь), мышление, внимание и др. О когнитивных нарушениях говорят в тех случаях, когда отмечается ухудшение в одной или более из вышеуказанных сфер по сравнению с преморбидным уровнем, т.е. снижение интеллектуально-мнестических способностей относительно индивидуальной нормы для данного пациента (1, 2).

Причины когнитивных нарушений достаточно многообразны. Выделяют следующие основные причины (3):

1. Нейродегенеративные заболевания
2. Сосудистые заболевания головного мозга
3. Смешанные (сосудисто-дегенеративные когнитивные нарушения)
4. Дисметаболические энцефалопатии
5. Нейроинфекции и демиелинизирующие заболевания
6. Черепно-мозговая травма
7. Опухоль головного мозга
8. Ликвородинамические нарушения

Любая когнитивная (познавательная) деятельность неизбежно включает в себя механизмы памяти. Мнестические нарушения встречаются при различных неврологических заболеваниях и соматоневрологических синдромах. Это

цереброваскулярные заболевания, дисметаболические нарушения, в том числе хронические интоксикации и др. Различают следующие виды памяти: двигательная, эмоциональная, образная, словесно-логическая память. Кроме видов и форм памяти существуют следующие ее процессы: запоминание, воспроизведение, сохранение и забывание.

Нарушение памяти как целенаправленной произвольной деятельности возникают при поражениях конвекситальных префронтальных отделов лобных долей мозга.

Однако возрастные изменения когнитивных функций затрагивают не только сферу памяти. Одновременно отмечается также определенное ухудшение психомоторных, зрительно-пространственных, вербально-логических способностей, увеличение времени реакции и некоторые другие когнитивные симптомы.

Ведущую роль в формировании когнитивных нарушений при сосудистой мозговой недостаточности играет разобщение лобных долей и подкорковых образований, что приводит к возникновению вторичной дисфункции лобных долей головного мозга. Лобные доли имеют очень существенное значение в когнитивной деятельности. Согласно теории А.Р. Лурия, которая разделяется в настоящее время подавляющим большинством нейропсихологов, лобные доли отвечают за регуляцию произвольной деятельности: формирование мотивации, выбор цели деятельности, построение программы и контроль за ее достижением [4].

Целью работы явилось изучение когнитивных нарушений у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), находящихся на лечении программным гемодиализом (ПГ). Под нашим наблюдением находилось 45 больных (основная группа) в возрасте от 29 до 59 лет (средний возраст 45,3 г.) с ХПН, находящихся на ПГ. Из них: мужчин – 25, женщин – 20. Длительность пребывания на ПГ составила от 5 ме-

сяцев до 10 лет (средняя продолжительность $5,1 \pm 2,7$). В контрольную группу вошли больные с дисциркуляторной (атеросклеротической и гипертонической) энцефалопатией (ДЭ) без ХПН – 30 чел. Всем больным проводилось клинико-инструментальное обследование.

Для оценки когнитивных функций использовали нейропсихологические методы исследования. Они представляют собой различные тесты и пробы на запоминание и воспроизведение слов и рисунков, узнавание образов, решение интеллектуальных задач, исследование движений и т. д. Нами применялись следующие шкалы: MMSE (Mini Mental Status Exam), совокупность нейропсихологических тестов – таблицы Шульте, Векслера, тест рисования часов, а также опросник Монтгомери-Асберга.

Жалобы на снижение памяти или уменьшение умственной работоспособности являются основанием для проведения нейропсихологического обследования. При этом такие жалобы могут исходить как от самого пациента, так и от его родственников или ближайшего окружения. Последнее является более надёжным диагностическим признаком, так как самооценка пациентом состояния своих когнитивных функций не всегда объективна.

У всех пациентов основной группы диагностирована токсико-дисциркуляторная энцефало-

патия различной степени выраженности. В результате исследования выявлены когнитивные нарушения трех степеней тяжести (По Яхно Н.Н., 2005 г.). В зависимости от тяжести когнитивные нарушения у больных основной группы разделялись на легкие (25%), умеренные (55%) и тяжелые (20%).

Легкие когнитивные нарушения выявляются только с помощью наиболее чувствительных нейропсихологических тестов и не оказывают влияния на повседневную активность, однако, как правило, субъективно осознаются и вызывают беспокойство [5].

При умеренной выраженности когнитивных расстройств нарушения не только выявляются с помощью специальных методик, но и заметны в повседневном общении с больным. При этом могут возникать затруднения в наиболее сложных видах профессиональной или социальной деятельности, хотя в целом пациенты сохраняют независимость и самостоятельность. Наконец, если вследствие когнитивных расстройств возникает частичная или полная зависимость от посторонней помощи, речь идет о тяжелых когнитивных нарушениях или деменции [6].

Когнитивные нарушения разделялись следующим образом (табл. 1-3) и графически представлены на рис. 1-3.

Таблица 1

Когнитивные функции по шкале Векслера

Запоминание	Основная группа	Контрольная группа
Прямое	$19,5 \pm 3,2$ $p < 0,05$	$38,5 \pm 2,3$ $p < 0,05$
Обратное	$11,6 \pm 3,1$ $p < 0,05$	$25,1 \pm 2,9$ $p < 0,05$

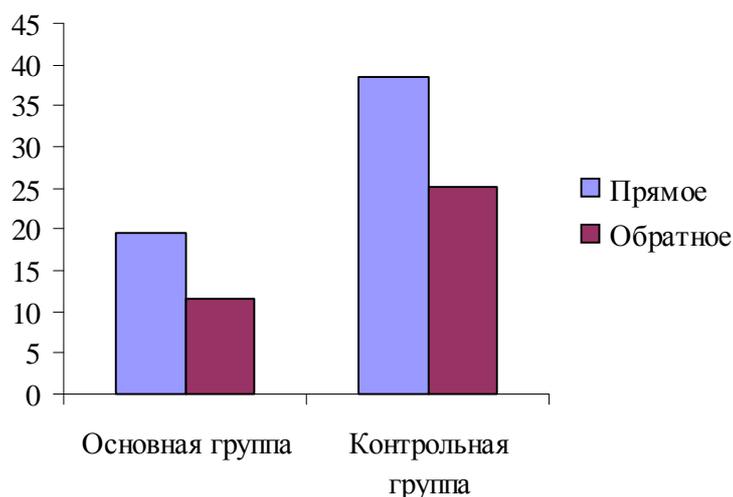


Рис. 1 Когнитивные функции по шкале Векслера

У больных основной группы, по сравнению с контрольной, было нарушено как непосред-

ственное запоминание, так и долговременная память.

Таблица 2

Когнитивные функции по MMSE

	Основная группа	Контрольная группа
MMSE	28,45±1,18 p < 0,05	15,1±2,02 p < 0,05

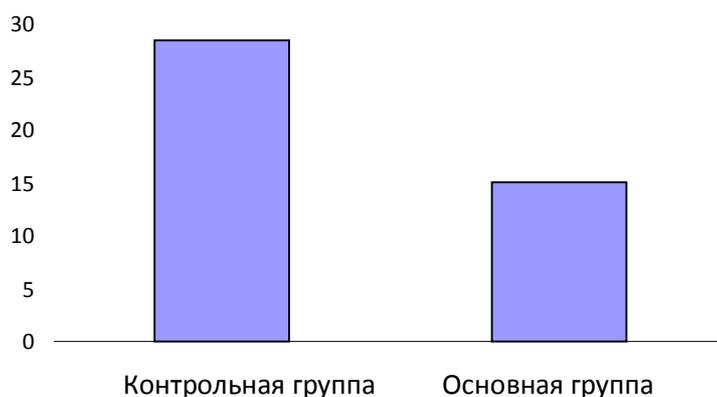


Рис. 2 Когнитивные функции по MMSE

Таблица 3

Когнитивные функции по таблицам Шульте

	Основная группа	Контрольная группа
Концентрация внимания	120 и более, секунд	60 – 65 секунд

Концентрация внимания

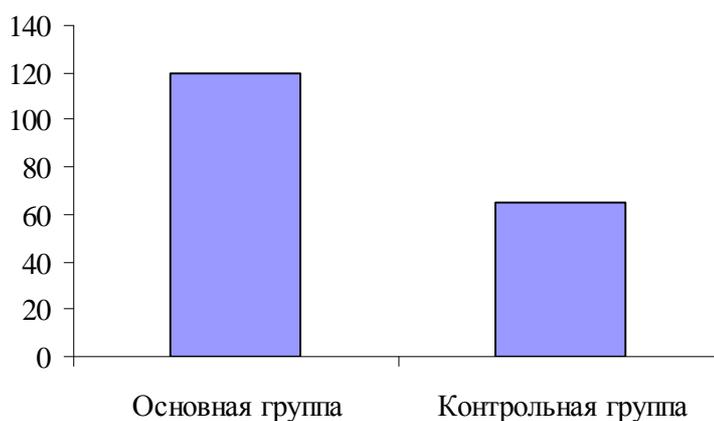


Рис. 3 Когнитивные функции по таблицам Шульте

Также у больных основной группы отмечена значительная неустойчивость внимания по сравнению с контрольной.

Скрининг депрессии по опроснику Монтгомери-Асберга выявил следующие нарушения. У больных основной группы уровень депрессии

составлял от 16 до 25 баллов (65%), более 25 баллов (35%), что было в 2 раза выше, чем у больных контрольной группы. Нами выявлена корреляционная зависимость степени когнитивных нарушений и тревоги/депрессии, которая представлена в табл. 4.

Корреляционная зависимость степени когнитивных нарушений и тревоги/депрессии

Степень когнитивных нарушений	Основная группа		Контрольная группа	
	тревога	депрессия	тревога	депрессия
I – легкая	↑↑↑	↑	↑	↓
II – средняя	↑	↑↑↑	↑	↑↑
III – тяжелая	↓	↑↑	↑	↑↑

У больных основной группы при легких когнитивных нарушениях выявлялся высокий уровень тревоги, при средних когнитивных нарушениях отмечена прямая корреляционная связь с высоким уровнем депрессии, при тяжелых нарушениях четкой корреляционной связи выявлено не было.

В результате проведенных исследований было выявлено, что у больных с токсикоциркуляторной энцефалопатией, находящихся на ПГ, выявляются выраженные когнитивные нарушения, которые зависят от сроков пребывания на ПГ. Легкие когнитивные нарушения вы-

являлись у больных со сроком пребывания на ПГ от 1 года до 3 лет; умеренные когнитивные нарушения доминировали у больных со сроком пребывания на ПГ от 3 до 5 лет; тяжелые когнитивные нарушения – со сроком пребывания на ПГ более 5 лет.

Таким образом, своевременная диагностика когнитивных нарушений на самых ранних этапах, раннее начало лечения, медицинская профессиональная и бытовая реабилитация таких пациентов позволят повысить качество жизни и уменьшить степень их инвалидизации.

О.А. Статинова, С.В. Селезньова

КОГНИТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЮ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті проаналізовані когнітивні порушення у хворих з хронічною нирковою недостаточністю, що знаходяться на програмному гемодіалізі. Розглянуті механізми розвитку когнітивних порушень, залежність від термінів перебування на програмному гемодіалізі.

Проведений кореляційний аналіз міри тяжаря когнітивних порушень і міри тревоги/депресії у хворих з хронічною нирковою недостаточністю, що знаходяться на програмному гемодіалізі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 32-35).

E.A. Statinova, S.V. Selezneva

KOGNITIVNYE VIOLATIONS FOR PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY NEDOSTATOCHNOST'YU, BEING ON PROGRAMMATIC GEMODIALIZE

The Donetsk national medical university the name of M.Gor'kogo

In the article kognitivnye violations are analysed for patients with chronic kidney nedostatochnost'yu, being on programmatic gemodialize. The mechanisms of development of kognitivnykh violations are considered, dependence on the terms of stay on programmatic gemodialize.

The cross-correlation analysis of degree of weight of kognitivnykh violations and degree of trevogi/depressii is conducted for patients with chronic kidney nedostatochnost'yu, being on programmatic gemodialize. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 32-35).

Литература

1. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии // Русский медицинский журнал. — 2002. — т.10, с.539-542.
2. Lezak M.D. Neuropsychology assessment. // N.Y. University Press. — 1983. — P.786.
3. Захаров В.В. Применение фенотропила при когнитивных нарушениях различной этиологии // Журнал клинических нейронаук. — 2007. - №1. — с 27-31.

4. Drzezga A, Lautenschlager N, Siebner H et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2003; 30: 1104-13.
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Легкие когнитивные расстройства в пожилом возрасте // Неврологический журнал. — 2004. — Т.9.- № 1. — С. 4-8.
6. Golomb J., Kluger A., P. Garrard, Ferris S. Clinician's manual on mild cognitive impairment. // London: Science Press Ltd. — 2001. — P. 56.

Поступила в редакцию 14.10.2008