

# Динамика восстановления нейропсихологического дефекта у пациентов с ишемическим инсультом при алкогольной энцефалопатии

*Кладова Е.А., Доронин Б.М.*

## Neuropsychological recovery dynamics in patients with ischemic stroke and alcoholic encephalopathy

*Kladova Ye.A., Doronin B.M.*

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

© Кладова Е.А., Доронин Б.М.

Представлено исследование динамики восстановления когнитивных нарушений у пациентов с ишемическим инсультом с наличием и отсутствием алкогольной энцефалопатии. Показано, что при ишемическом инсульте в сочетании с алкогольной энцефалопатией в основном преобладают дементные нарушения и почти отсутствует положительная динамика.

**Ключевые слова:** когнитивные нарушения, деменция, алкогольная энцефалопатия, ишемический инсульт.

Examination of recovery dynamics of cognitive impairments in patients with ischemic stroke and with or without alcoholic encephalopathy was conducted. It was shown that in patients with ischemic stroke and alcoholic encephalopathy dementia prevails, and positive dynamics is extremely rare.

**Key words:** cognitive impairments, dementia, alcoholic encephalopathy, ischemic stroke.

УДК 616.831-005.1-005.4:616.89-008.441.13]-036.8

### Введение

Частота инсультов колеблется в различных регионах мира от 1 до 4 случаев на 1 тыс. населения в год, значительно нарастая с увеличением возраста. В последние годы в России ежегодно регистрируется более 400 тыс. инсультов [2], в крупных городах заболеваемость инсультом достигает 3,4 случая на 1 тыс. населения в год [3].

В экономически развитых странах смертность от инсульта занимает 2—3-е место в структуре общей смертности и 1-е место среди всех причин инвалидизации. В России заболеваемость инсультом и смертность от него остаются одними из самых высоких в мире [1]. В стране проживает более 1 млн людей, перенесших инсульт, причем 80% из них — инвалиды [8].

Одними из частых последствий нарушения мозгового кровообращения являются когнитивные нарушения, характеризующиеся нарушением памяти, внимания, умственной работоспособности, снижением интеллекта [5]. Также имеется указание на выраженное интеллектуальное снижение у 45—70% больных алкоголизмом (ухудшение способности к абстрактному мышлению и решению проблем, памяти, психомоторики) [6].

Цель исследования — проведение анализа структуры когнитивных нарушений при поступлении и динамика восстановления нейропсихологического состояния за период лечения у пациентов, перенесших ишемический инсульт (ИИ) с алкогольной энцефалопатией (АЭ) и без таковой.

### Материал и методы

В исследуемую группу вошли 150 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет, госпитализированных в 1-е неврологическое отделение ГКБ № 1 г. Новосибирска в период с 2007 по 2009 г., у которых ИИ верифицирован данными томографии. ИИ устанавливали на основании наличия стойкого неврологического дефицита и очага инфаркта по данным компьютерной томографии (КТ).

Показателями АЭ являлись хроническая алкогольная интоксикация (по опроснику CAGE, ПАС), стаж приема алкоголя более 15 лет, прием более 34 г чистого этанола в день, изменения на электрокардиограмме (ЭКГ), показатели трансаминаз, наличие алкоголя в крови и моче у части больных при поступлении.

На каждого обследуемого заполнялась стандартизованная индивидуальная карта пациента, содержащая

паспортные данные, сведения о семейном положении, употреблении алкоголя, данные неврологического и соматического статуса и результаты дополнительного обследования.

Протокол исследования включал в себя физикальное обследование, оценку неврологического статуса, нейропсихологическое тестирование (MMSE — тест на выявление когнитивных нарушений), тест на лобную дисфункцию, тест рисования часов, опросник ПАС (выявляющий степень тяжести абстинентного синдрома), опросник CAGE (скрининг-тест на выявление алкогольной зависимости). Для оценки нарушения качества жизни больных использовались шкала инвалидизации Рэнкина, индекс повседневной жизненной активности Бартела, показатели тимоловой пробы, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, определение алкоголя в крови и моче, ЭКГ, КТ головного мозга.

На основании результатов клинико-лабораторного исследования все пациенты были разделены на две группы: 1-ю (основную) группу составили 74 больных ИИ с АЭ; 2-ю (контрольную) — 76 пациентов с ИИ без АЭ.

Математическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 10.07. Критерием статистической значимости служил уровень  $p = 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

Была исследована динамика восстановления когнитивного дефицита с помощью шкалы MMSE и шкалы оценки лобной дисфункции в обеих группах при поступлении и выписке.

При изучении структуры когнитивных нарушений (КН) у пациентов основной группы при поступлении по шкале MMSE установлено, что КН отсутствовали у 2 человек (3,46%), легкие КН имелись у 17 человек (29,31%), легкая деменция у 27 (46,55%) и средняя деменция — у 12 (20,68%) (рис. 1).

В результате повторного тестирования по шкале MMSE (при выписке) в группе пациентов с ИИ, страдающих алкогольной энцефалопатией, отсутствие КН наблюдалось у 2 (3,39%), легкие КН — у 20 (33,90%) больных. Наибольшее количество пациентов имели легкую деменцию — 25 (42,34%) человек, у 12

(20,34%) выявлена деменция средней степени тяжести (рис. 2).

Таким образом, среди 57 пациентов основной группы, имеющих когнитивный дефект, положительная динамика наблюдалась всего лишь у двух человек за счет перехода одного больного из группы с легкой деменцией в группу с легкими КН и у одного удалось провести оценку когнитивных функций — были выявлены легкие КН. Иная картина в контрольной группе, где при поступлении не было когнитивного дефицита по шкале MMSE у 47 (67,14%) пациентов, легкие КН установлены у 21 (30,00%), легкая деменция всего лишь у 2 (2,86%) пациентов (рис. 3).

При оценке структуры когнитивного дефекта по MMSE в контрольной группе при выписке обнаружено, что 53 (75,71%) пациента не имели когнитивного дефекта; у 15 (21,43%) больных зарегистрированы легкие когнитивные нарушения и у 2 (2,86%) — легкая деменция (рис. 4).

Анализ динамики восстановления в процессе лечения в контрольной группе показал, что из 23 пациентов, имеющих когнитивный дефект, у 6 (26,08%) имеется положительная динамика восстановления когнитивных функций.

При анализе корреляционной связи установлена прямая связь ( $r = 0,406$ ;  $p < 0,005$ ) между результатами оценочной шкалы MMSE и шкалой инвалидизации по Рэнкину: высокая степень когнитивного дефицита соответствует тяжелой степени инвалидизации по шкале Рэнкина.

Выявлена также обратная корреляция между шкалой MMSE и индексом Бартела ( $r = -0,400$ ;  $p < 0,05$ ) — чем выше когнитивный дефицит, тем выше зависимость от окружающих.

Оценка по шкале лобной дисфункции у 58 больных с ИИ при АЭ при поступлении показала следующее распределение: отсутствие когнитивных нарушений у 4 (6,90%), легкие КН — у 16 (27,58%) и деменция — у 38 (65,52%) (рис. 5).

При выписке картина выглядела аналогично: у лиц с ИИ при АЭ не было нарушений лишь в 6,78% случаев, в 30,51% имелись легкие когнитивные нарушения и в 62,71% — деменция (рис. 6).

Положительная динамика наблюдалась у 1 пациента (1,9%).

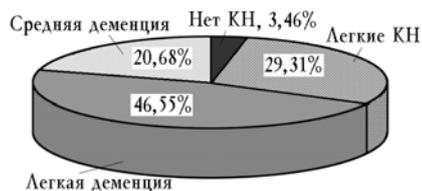


Рис. 1. Структура результатов оценки когнитивных функций по шкале MMSE в основной группе при поступлении

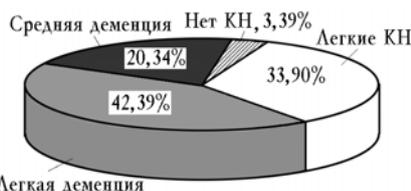


Рис. 2. Структура результатов оценки когнитивных функций по шкале MMSE в основной группе при выписке

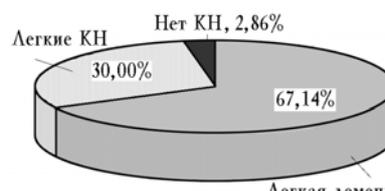


Рис. 3. Структура результатов оценки когнитивных функций по шкале MMSE в контрольной группе при поступлении



Рис. 4. Структура результатов оценки когнитивных функций по шкале MMSE в контрольной группе при выписке



Рис. 5. Структура оценки когнитивных функций у пациентов основной группы по шкале лобной дисфункции при поступлении

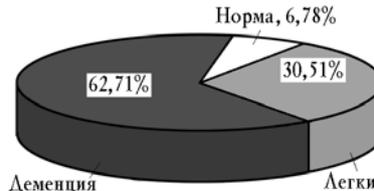


Рис. 6. Структура оценки когнитивных функций у пациентов по шкале лобной дисфункции в основной группе при выписке

В контрольной группе по шкале лобной дисфункции при поступлении отсутствовали КН у 45 (64,28%) пациентов, легкие КН — у 23 (32,86%) и деменция — у 2 (2,86%) (рис. 7), при выписке отсутствовали КН у 68,57% больных, легкий когнитивный дефицит имел место в 28,57% случаев и дементные расстройства — в 2,86% (рис. 8). У 3 (12,00%) пациентов контрольной группы наблюдалась положительная динамика.

динамика наблюдалась всего лишь у 3 (5,26%) пациентов, в то время как ее отсутствие выявлено у 54 (94,74%) человек (по MMSE). Следовательно, при ИИ на фоне

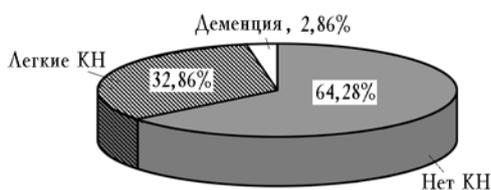


Рис. 7. Структура оценки когнитивных функций у пациентов по шкале лобной дисфункции в контрольной группе при поступлении

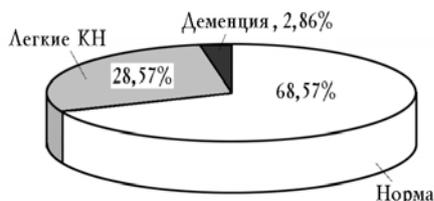


Рис. 8. Структура оценки когнитивных функций у пациентов контрольной группы по шкале лобной дисфункции при выписке

Анализ динамики восстановления в процессе лечения пациентов контрольной группы показал, что из 23 пациентов с когнитивным дефектом у 6 (26,08%) (по MMSE) имелась положительная динамика восстановления когнитивных функций. У 57 больных с АЭ, имеющих когнитивный дефект, положительная дина-

сформировавшейся АЭ КН выражены в большей степени. В исследованиях больных хроническим алкоголизмом сообщается о нарушениях способности к абстрагированию, вербального мышления, узнавания лиц, разрешения проблем, тактильных и пространственных представлений, зрительного обучения и памяти, внимания, моторного анализа, простой моторной способности [4]. Исследования мозга больных алкоголизмом методом рентгенокомпьютерной томографии показали наличие атрофии мозга. Хроническое злоупотребление алкоголем приводит к потере массы мозга, увеличению пространств между бороздами мозговой поверхности, расширению мозговых желудочков. Наиболее чувствительна к действию алкоголя кора больших полушарий, реагирующая быстрее других структур на введение алкоголя и, следовательно, быстрее дегенерирующая [7].

**Сведения об авторах**

*Е.А. Кладова* — аспирант кафедры неврологии НГМУ (г. Новосибирск).

*Б.М. Доронин* — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии НГМУ (г. Новосибирск).

**Для корреспонденции**

*Доронин Борис Матвеевич*, e-mail: b\_doronin@mail.ru

**Литература**

1. *Верещагин Н.В., Варакин Ю.А.* Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения: теория и реальность // Журн. невропатологии и психиатрии. 1996. № 5. С. 5—9.
2. *Виленский Б.С.* Инсульт. СПб.: МИА, 1995. 288 с.
3. *Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В.* Эпидемиология инсульта в России // Инсульт: прил. к журн. неврологии и психиатрии. 2003. № 8. С. 4—9.
4. *Ершиев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д.* Алкогольная зависимость. СПб.: Элби-СПб., 2002. С. 187.
5. *Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В.* Больной после инсульта на приеме у невролога // Consilium medicum. 2009. Т. 11, № 9. С. 26—30.
6. *Наркология: национальное руководство* / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 1—15, 116—134, 199—227, 365—379.
7. *Шабанов П.Д.* Наркология: практическое руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. С. 1—155.
8. *Яхно Н.Н., Парфёнов В.А.* Ишемические острые нарушения мозгового кровообращения // Consilium medicum. 2000. Т. 2, № 12. Р. 518—521.

Поступила в редакцию 06.04.2010 г.

Утверждена к печати 22.04.2010 г.