

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ:

ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ И ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

В том числе:

- Остеоартроз
- Хронический вирусный гепатит С
- Хронический простатит
- Врожденная миопия у детей

О. М. Перфильева

И. В. Подсонная,
кандидат медицинских наук

ГУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул, Россия

Лечение когнитивных расстройств у ликвидаторов последствий аварии

Неврологические и психические нарушения занимают одно из ведущих мест в формировании заболеваемости среди лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, и, по данным различных авторов, составляют от 43% до 60% всех заболеваний, определивших причины инвалидизации ликвидаторов аварии [1, 2, 3, 4, 5]. Многолетний опыт наблюдения за данной категорией больных показал, что в отдаленном периоде после облучения 1-е место в клинической картине занимает хронический прогрессирующий дисциркуляторно-гипоксический синдром, чаще всего в виде дисциркуляторной энцефалопатии. Отмечена высокая частота синдрома вегето-сосудистой дистонии со склонностью к артериальной гипертензии. Нервно-психические расстройства носят астено-невротический, депрессивно-ипохондрический, фобический характер на фоне изменения личности с неадекватным реагированием на стресс, снижения памяти, внимания, аффективной несдержанности, диссомнии. Все это резко снижает социальную адаптацию и качество жизни ликвидаторов, требует разработки новых методов лечения и профилактики возможных осложнений, предупреждения прогрессирования хронической церебральной ишемии и всех вытекающих последствий.

Целью настоящего исследования было определение эффективности применения обычных доз отечественного нейропротектора пептидной структуры Кортексина, поиск новых рациональных схем лечения когнитивных расстройств у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 60 мужчин (ЛПА), проходивших стационарное лечение, в возрасте от 39 до 60 лет (средний возраст $45,8 \pm 0,5$ лет). Основные жалобы, предъявляемые больными: диффузные головные боли (58), шум в голове (35), головокружение (48) системного и несистемного характера, нарушение сна (57), при этом чаще страдал процесс засыпания; снижение памяти (60), внимания и работоспособности (52), эмоциональная лабильность (58), нестабильность АД (50), приступы потери сознания (18). У подавляющего большинства пациентов наблюдалось 4 жалобы и более на протя-

жении не менее 1 года. В неврологическом статусе доминировали пирамидный, вестибуло-атактический синдромы в сочетании с интеллектуально-мнестическими расстройствами. Стволовые расстройства в виде глазодвигательных нарушений, центральных парезов черепно-мозговых нервов (чаще лицевого и подъязычного) наблюдались у 88,3% больных ЛПА.

С учетом поставленной цели обследуемые были рандомизированы на 3 группы по 20 человек: 1-я группа больных получала Кортексин в дозе 10 мг в/м в течение 10 дней, 2-я группа получала Кортексин в дозе 10 мг в/м в течение 20 дней, больным 3-й группы Кортексин не назначался. Все пациенты прошли детальный неврологический осмотр, изучалась динамика выраженности субъективных симптомов, неврологических, когнитивных, поведенческих и эмоционально-аффективных нарушений. Оценку полученных результатов проводили до начала лечения, после 10 и 20 дней наблюдения. Состояние когнитивных функций определяли по следующим нейропсихологическим тестам.

1. **Проба Шульте** позволяет оценить внимание, выявить скорость ориентировочно-поисковых движений зра [6]. Для этого использовали 5 таблиц размером 60 × 60 см с нанесенными на них в беспорядке числами от 1 до 25. Оценивались время и равномерность отыскивания чисел по порядку. Обращалось внимание на «задержки» в реакциях. Наличие пауз расценивалось как развитие кратковременного торможения в корковых проекциях зрительного анализатора [3]. Увеличение времени отыскивания чисел на последних таблицах свидетельствовало об истощаемости нервных процессов. Уменьшение времени на поиск цифр от первых к последним таблицам указывало на медленное «вработывание» и инертность корковых процессов [7].

2. Исследование памяти проводили по **методике заучивания 10 слов, предложенной А. Р. Лурия**. Она дает возможность выявить нарушения произвольного запоминания, ретенции и воспроизведения [2, 8]. Нами использовались бланки с напечатанными на них односложными словами (по 10 слов на бланке), не имеющими между собой смысловой связи. Непосредственное воспроизведение проводили 5 раз, затем — отсроченное через 1 ч. Это позволяло

■ ■ ■ ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ ■ ■ ■

судить о всех функциях памяти. Неустойчивость в 1-й половине тестирования отражала недостаточность ориентировочной фазы мнестической деятельности, связанной с трудностями адаптации к условиям новой задачи. Неустойчивость во 2-й половине тестирования свидетельствовала о быстром утомлении, истощении, снижении мнестической толерантности. Непосредственное повторение произнесенных слов характеризовало кратковременную память. Отсроченное воспроизведение (через 1 ч) рассценивалось как показатель долговременной памяти [6, 7].

3. Серийный счет. Обследуемому предлагалось отнимать от 100 по 7 с измерением времени, затраченного на счет, при этом фиксировалось количество допускаемых ошибок.

4. Тест САМ — «самочувствие, активность, настроение». Пациенту предлагалось выбрать 10 пар оценочных суждений с противоположными по смыслу значениями. Затем вычислялся средний показатель (в баллах), отражающий у испытуемого преобладание того или иного настроения и самочувствия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке клинического течения дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) за период стационарного лечения у ЛПА отмечалось достоверное ($p < 0,05$) уменьшение выраженности субъективных симптомов (табл. 1).

К концу наблюдения наименьшее количество субъективных жалоб предъявляли пациенты 2-й группы (принимавшие Кортексин в течение

20 дней). Они в 1,4 раза реже ощущали головные боли и головокружение в сравнении с больными группы контроля; у них в 1,3 раза реже была нарушена формула сна; среди них в 2 раза уменьшилось число лиц с эмоционально-аффективными расстройствами. К 20-му дню лишь 28,2% больных 2-й группы отмечали ухудшение памяти, что на 7,9% меньше по сравнению с показателями у больных 1-й группы и на 21,3% меньше по сравнению с данными у больных 3-й группы.

Как видно из табл. 2, внимание и скорость ориентировочно-поисковых движений взора у всех «пациентов с Кортексином» заметно улучшилась по сравнению с контролем (сокращение на 7–9 сек против 3 сек).

До лечения у больных всех 3 групп темп поиска чисел был низкий (более 51 сек). К концу исследования существенно сократилось время поиска цифр в таблицах, наиболее значимо — у обследуемых, получающих Кортексин в течение 3 нед.

Следовательно, более длительное применение Кортексина эффективнее улучшало показатели психической деятельности ЛПА: памяти, работоспособности, внимания.

Оценка свойств памяти ярко характеризует когнитивную функцию пациента, и, как видно из табл. 3, применение Кортексина (особенно при 20-дневном режиме приема) значительно улучшало продуктивность запоминания и долговременную память. Статистически значимо ($p < 0,05$) увеличилось количество слов при первом и последнем непосредственном и отсроченном воспроизведении, уменьшилось среднее время запоминания. В то же время значимого различия в количестве запоминаемых слов больными группы контроля не отмечалось.

Таблица 1. Динамика жалоб больных ДЭ до и после лечения Кортексином

Симптомы	1-я группа, количество больных, %		2-я группа, количество больных, %		3-я группа, количество больных, %	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Головная боль	68,4	48,6*	68,6	42,4*	69,2	58,2*
Головокружение	60,4	44,7*	61,4	42,7*	60,5	53,1*
Нарушения сна	59,2	43,2*	59,7	39,2*	58,7	50,2*
Шум в голове	55,2	40,1*	54,2	37,1*	54,6	47,2*
Ухудшение памяти	57,8	36,1*	58,6	28,2*	59,5	49,5*
Эмоциональная неустойчивость	64,2	47,6*	66,2	29,4*	63,2	56,1*

* $p < 0,05$

Таблица 2. Результаты исследования по методике Шульте у больных ДЭ (ЛПА) до и после лечения Кортексином

Периоды наблюдения	1-я группа, n = 20 (10 дней лечения)	2-я группа, n = 20 (20 дней лечения)	3-я группа, n = 20 (контроль)
До лечения	52,5 ± 1,6 сек	51,7 ± 1,2 сек	51,2 ± 1,4 сек
После 10 дней наблюдения	47,2 ± 0,8 сек	46,9 ± 0,6 сек	48,8 ± 1,4 сек
После 20 дней наблюдения	45,4 ± 0,6 сек**	41,6 ± 0,6 сек**	47,9 ± 0,9 сек*
Динамика сокращения времени поиска	7,1 ± 0,9 сек	9,1 ± 0,6 сек	3,3 ± 1,2 сек

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Таблица 3. Исследование памяти по методике Лурия у больных ДЭ (ЛПА) до и после лечения Кортексином

Этапы исследования	1 группа, n = 20 (10 дней лечения)		2 группа, n = 20 (20 дней лечения)		3 группа, n = 20 (контроль)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1-е воспроизведение слов	4,5 ± 0,6	5,2 ± 0,4	4,6 ± 0,4	5,7 ± 0,3*	4,5 ± 0,4	4,6 ± 0,4
2-е воспроизведение слов	5,3 ± 0,4	6,0 ± 0,3	5,6 ± 0,3	6,5 ± 0,3*	5,4 ± 0,5	5,6 ± 0,5
3-е воспроизведение слов	6,2 ± 0,5	7,0 ± 0,5	6,4 ± 0,3	7,3 ± 0,3*	6,2 ± 0,3	6,5 ± 0,4
4-е воспроизведение слов	6,3 ± 0,2	7,2 ± 0,4*	6,4 ± 0,4	7,8 ± 0,3**	6,3 ± 0,5	6,4 ± 0,4
5-е воспроизведение слов	7,2 ± 0,3	8,4 ± 0,4*	7,3 ± 0,3	9,6 ± 0,4***	7,1 ± 0,5	7,4 ± 0,4
Отсроченное воспроизведение слов через 1 ч	7,0 ± 0,2	7,6 ± 0,2*	7,2 ± 0,4	8,9 ± 0,4**	6,8 ± 0,4	6,9 ± 0,5

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Таблица 4. Затраты времени на выполнение серийного счета больными ДЭ на фоне приема Кортексина

Периоды наблюдения	1-я группа, n = 20 (10 дней лечения)	2-я группа, n = 20 (20 дней лечения)	3-я группа, n = 20 (контроль)
До лечения	76 ± 2,4 сек	74,0 ± 1,4 сек	76 ± 1,6 сек
После лечения	67,2 ± 2,0 сек**	51,6 ± 2,5 сек***	70,2 ± 2,3 сек*
Динамика сокращения времени счета	8,8 ± 1,5 сек	22,4 ± 1,8 сек	5,8 ± 2,1 сек

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Важное не только терапевтическое, но и практическое значение имеют способности человека к эффективному владению свойствами быстрого счета (табл. 4), и здесь 3-недельный прием Кортексина у ЛПА с ДЭ значительно увеличивал оперативность серийного счета: в 2,5 раза по сравнению с больными 1-й группы (10 дней приема) и в 3,9 раза по сравнению с пациентами контрольной группы.

Социальная значимость самооценки общеизвестна, и в этом плане к концу наблюдения у ЛПА улучшилось субъективное самочувствие (табл. 5). Анализ динамики самооценки больными своего состояния по шкале САН показывает, что у пациентов, принимавших Кортексин в течение 20 дней, более значительно уменьшилась выраженность эмоционально-аффективных и поведенческих нарушений по сравнению с больными других групп. В частности, при выписке пациенты, не принимавшие кортексин, в 1,5 раза чаще были недовольны своим самочувствием, проявляли нервозность, испытывали снижение настроения, ощущали себя несчастными людьми.

Таблица 5. Самооценка состояния больных ДЭ на фоне приема Кортексина (тест САН)

Периоды наблюдения	1-я группа, n = 20 (10 дней лечения)	2-я группа, n = 20 (20 дней лечения)	3-я группа, n = 20 (контроль)
До лечения	-2,1	-2,2	-2,0
После лечения	1,9**	2,4***	1,6*
Динамика баллов	4,0	4,6	3,6

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

ВЫВОДЫ

1. Лечение когнитивных расстройств у ликвидаторов последствий аварий связано со специфической терапией ДЭ, характерной для этой категории больных. Терапия становится более эффективной при использовании отечественного нейропротектора Кортексин, когда достоверно отмечается улучшение самочувствия и клинического течения заболевания.

2. Наиболее эффективной является схема приема препарата в обычных терапевтических дозах (по 10 мг в/м) в течение 20 дней.

3. Установлено, что Кортексин:

- позитивно влияет на личностную характеристику больных в отдаленном периоде после радиационного воздействия;
- улучшает психическую деятельность ликвидаторов аварии (внимание, работоспособность);
- значительно улучшает когнитивные функции (продуктивность запоминания и долговременную память);
- способствует уменьшению выраженности субъективных симптомов (головной боли,

- головокружения, поведенческих расстройств, нормализации сна);
- хорошо переносится больными, имеющими в анамнезе воздействие ионизирующего излучения.

4. Кортексин является перспективным препаратом для лечения когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии у лиц, подвергшихся радиационному воздействию.

Список литературы

1. *Верещагин Н. В., Борисенко В. В., Власенко А. Г.* Мозговое кровообращение. Современные методы исследования в клинической неврологии. М.: Интер-Весы, 1993.
2. *Карташов В. Т., Кныш В. И., Новиков В. С.* Опыт диспансерно-динамического наблюдения за ликвидаторами последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Воен.-мед. журн. 1998. № 6. С. 28–33.
3. *Логановский К. Н.* Психопатологические особенности синдрома вегетативной дисфункции у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующих излучений в малых дозах // Врачебное дело. 1991. № 6. С. 68–72.
4. *Мартынов Ю. С., Гирич Т. И., Кунцевич Г. И.* Диагностика, лечение и профилактика ранних стадий недостаточности мозгового кровообращения // Журн. неврологии и психиатрии. 1998. № 8. С. 14–17.
5. *Рахманов А. А.* Исследование памяти и внимания в диагностике стадий дисциркуляторной энцефалопатии // Журн. неврологии и психиатрии. 1990. № 7. С. 50–53.
6. *Лурия А. Р.* Нейропсихология памяти. М.: Медицина, 1976.
7. *Буклина С. Б.* Нарушение памяти и глубинные структуры головного мозга // Журн. неврологии и психиатрии. 1999. № 9. С. 10–15.
8. *Блейхер В. М., Крук Н. В.* Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.

