

ISSN 1607-419X
ISSN 2411-8524 (Online)
УДК 616.831-005

Когнитивные функции, качество жизни пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии у северян с позиции МКФ

Е. Д. Яковчук¹, Г. О. Пенина²

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская городская поликлиника № 3», Сыктывкар, Россия

² Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация:

Яковчук Елена Дмитриевна,
ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская
поликлиника № 3»,
ул. Коммунистическая, д. 41,
Сыктывкар, Россия, 167000.
E-mail: le-mur-ka@inbox.ru

Статья поступила в редакцию
10.10.20 и принята к печати 29.03.21.

Резюме

Целью исследования был анализ когнитивных функций, эмоциональных нарушений, анализ качества жизни и использование «Международной классификации функционирования» (МКФ) для пациентов с хроническими цереброваскулярными заболеваниями, дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) II стадии в Республике Коми. **Материалы и методы.** В медицинских учреждениях Республики Коми проведено обследование 126 человек (средний возраст — $65,8 \pm 10,1$ года; женщины составили 76 человек, 60,3 %, $p \leq 0,05$) с ДЭ II стадии. Проводился анализ жалоб и анамнеза, оценивался соматический и неврологический статус, изучались когнитивные функции, эмоциональный статус, сон. **Результаты.** Из 126 пациентов 44,5 % работающие (56 человек) ($p \leq 0,05$). Среди неработающих пациентов с установленной группой инвалидности 35,7 % (14,3 % инвалиды 2-й группы (10 человек), 21,4 % — инвалиды 3-й группы (15 человек), $p \leq 0,05$). Среди работающих 3 человека признаны инвалидами 3-й группы (5,3 %). Артериальная гипертензия I стадии была выявлена у 10,6 % обследованных пациентов, артериальная гипертензия II стадии — у 44,4 %, артериальная гипертензия III стадии — у 45 % ($p \leq 0,05$). В анамнезе у 27,8 % обследованных встречалась ишемическая болезнь сердца, у 7,2 % — инфаркт миокарда, 19,1 % пациентов переносили острое нарушение мозгового кровообращения, у 8,6 % — нарушения ритма сердца, у 15,8 % — гемодинамически значимый стеноз брахиоцефальных артерий. При оценке функции памяти по МКФ отсутствие проблем не было выявлено ни у одного из тестируемых пациентов, чаще выявлялись легкие и умеренные проблемы с памятью, тяжелых и абсолютных проблем, а именно деменции, у пациентов выявлено не было. По домену «функция артериального давления» нарушение функции выявлено у всех обследуемых пациентов. По домену «функция кровеносных сосудов» нарушения выявлены у всех пациентов с ДЭ II стадии. Повседневная деятельность была снижена или на среднем уровне из-за нарушения физического состояния пациентов. По результату суммарной оценки состояния здоровья по шкале SF-36 физический и психический компонент здоровья страдал примерно с одинаковой частотой. **Выводы.** Таким образом, SF-36 (анкета оценки качества жизни) и МКФ (Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья) дополняют друг друга, а когнитивные шкалы составляют основу для обследования пациентов с ДЭ и могут помочь сформулировать выводы

о нарушении функций по МКФ, и, опираясь на реабилитационные программы, помочь в коррекции когнитивного снижения, нарушения физического и эмоционального состояния при ДЭ.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, артериальная гипертензия, когнитивные нарушения, качество жизни, Международная классификация функционирования, Республика Коми, районы Крайнего Севера

Для цитирования: Яковчук Е. Д., Пенина Г. О. Когнитивные функции, качество жизни пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии у северян с позиции МКФ. Артериальная гипертензия. 2021;27(3):351–364. doi:10.18705/1607-419X-2021-27-3-351-364

Cognitive functions, quality of life in patients with dyscirculatory (vascular) encephalopathy II stage in northerners from the position of ICF

E. D. Yakovchuk¹, G. O. Penina²

¹ Syktyvkar City Polyclinic № 3, Syktyvkar, Russia

² St Petersburg University for the Advancement of Medical Experts Training, St Petersburg, Russia

Corresponding author:

Elena D. Yakovchuk,
Syktyvkar City Polyclinic № 3,
41 Kommunisticheskaya street,
Syktyvkar, 167000 Russia.
E-mail: le-mur-ka@inbox.ru

Received 10 October 2020;
accepted 2 March 2021.

Abstract

Objective. The aim of the study was to analyze cognitive functions, emotional disorders, the quality of life with the application of the International Classification of Functioning (ICF) in patients with chronic cerebrovascular diseases, dyscirculatory (vascular) encephalopathy II stage in the Komi Republic. **Design and methods.** In the clinics of the Komi Republic, we examined 126 people (mean age — $65,8 \pm 10,1$ years; women comprised 76 participants, 60,3 %, $p \leq 0,05$) with dyscirculatory (vascular) encephalopathy. Complaints and anamnesis were analyzed, somatic and neurological status, cognitive functions, emotional status, and sleep were assessed. **Results.** Out of 126 patients, 44,5 % patients are employed (56 people). Among non-working patients with an established group of disability, 35,7 % (in 14,3 % disability 2nd degree (10 people), in 21,4 % — disability 3rd degree (15 people), $p \leq 0,05$). Among the workers, 3 people (5,3 %) had disability 3rd degree. Hypertension (HTN) I stage was detected in 10,6 %, HTN II stage — in 44,4 %, HTN III stage — in 45 % ($p \leq 0,05$); 27,8 % had history of ischemic heart disease, 7,2 % — myocardial infarction, 19,1 % — cerebrovascular accident, 8,6 % — heart rhythm disturbances, 15,8 % — significant stenosis of the brachiocephalic arteries. Based on memory function assessment by ICF, none demonstrated normal results. Mild cognitive impairment was usually found, and there was no case of dementia. Dysfunction in the domain of blood pressure function was found in all patients. The dysfunction of blood vessels was found in all patients with chronic cerebral ischemia II stage. Daily activities were reduced due to the physical dysfunction. According to the total assessment of health status by the SF-36 scale, the physical and mental components of health were similarly decreased. **Conclusions.** The SF-36 (questionnaire for assessing the quality of life) and ICF (International Classification of Functioning, Disabilities and Health) complement each other. Cognitive scales are the basic tools for examination of patients with chronic cerebral ischemia, making diagnosis according to ICF, and treating cognitive, physical and emotional disorders in dyscirculatory (vascular) encephalopathy.

Key words: dyscirculatory (vascular) encephalopathy, hypertension, cognitive impairment, quality of life, International Classification of Functioning, the Republic of Komi, the Regions of the Far North

For citation: Yakovchuk ED, Penina GO. Cognitive functions, quality of life in patients with dyscirculatory (vascular) encephalopathy II stage in northerners from the position of ICF. *Arterial'naya Gipertenziya = Arterial Hypertension*. 2021;27(3):351–364. doi:10.18705/1607-419X-2021-27-3-351-364

Введение

Цереброваскулярные заболевания прочно удерживают 1-е место среди заболеваний нервной системы, приводящих к стойкой утрате трудоспособности. В нашей стране смертность от различных форм сосудистой патологии головного мозга — одна из самых высоких в мире. По данным Института измерения и оценки здоровья, Россия в 2015 году занимала скромную 177-ю позицию из 194 стран мира, для которых были представлены оценки смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в России в 2015 году был в 4,8 раза выше, чем, к примеру, в Японии — стране с минимальным уровнем сердечно-сосудистой смертности в настоящее время. Наряду с высоким уровнем смертности от болезней системы кровообращения, они занимают еще и очень высокую долю в общей структуре смертности, формируя, наряду с внешними причинами смертности (травмами и отравлениями), основное бремя преждевременной смертности в России. Так, в 2015 году более половины всех смертей (50–55 %) в России и некоторых других странах Восточной Европы и Центральной Азии были от болезней системы кровообращения, в то время как в большинстве стран Запада с наиболее высокой продолжительностью жизни — около 30 % [1, 2]. Наряду с высокой смертностью социально значимыми являются и последствия цереброваскулярных заболеваний — развитие стойкой инвалидизации с потерей трудоспособности, повторных нарушений мозгового кровообращения (НМК), сосудистой деменции и другого. В связи с постарением населения, а также увеличением числа лиц в популяции с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, значение сосудистой патологии мозга как медико-социальной проблемы растет с каждым годом [3]. Во всем мире наряду с цереброваскулярными заболеваниями прогрессирует и когнитивный дефицит, как следствие изменения возрастной структуры населения с увеличением в популяции доли пожилых и старых людей. Деменция и недементные когнитивные нарушения являются ведущими среди заболеваний головного мозга. По данным эпидемиологических европейских исследований, недементные когнитивные нарушения наблюдаются у 5–22 % населения старше 65 лет. Одна из причин когнитивного дефицита —

дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире насчитывается около 35,6 млн больных деменцией. Предполагается увеличение числа таких пациентов почти в 2 раза к 2030 году (56,7 млн). Сосудистая деменция — вторая по частоте среди всех деменций [4, 5].

Конечно, снижение когнитивных функций сказывается на качестве жизни пациентов с ДЭ. Поэтому в последние годы особенно актуальными являются оценка и улучшение качества жизни пациентов, а также реабилитация пациентов, поскольку от качественной реабилитации пациента зависит интеграция его в общество и его дальнейшая жизнь в целом [6–9]. Реабилитация пациентов с ДЭ во многом отличается от реабилитации больных с острыми заболеваниями. В случаях острого поражения мозга (инсульт) разрушение мозгового вещества обычно заканчивается в первые дни, реже недели, а затем включаются репаративные процессы и механизмы нейропластичности. Последние, дополненные и усиленные реабилитационными мероприятиями, обеспечивают частичное или полное восстановление нарушенных функций. При хронических прогрессирующих заболеваниях мозга в результате лечебных и реабилитационных мероприятий можно ожидать лишь замедления (реже приостановления) прогрессирования патологического процесса или не столько регресса основного неврологического дефекта, сколько приспособления, адаптации к нему [10–14].

Широкое распространение, высокая смертность и инвалидизация населения вследствие цереброваскулярных заболеваний ставят профилактику и лечение этих болезней, а также улучшение качества жизни пациентов в один ряд с самыми актуальными медико-социальными проблемами. Когнитивные функции также недостаточно изучены в районах Крайнего Севера, а именно — на территории Республики Коми.

Целью настоящего исследования было исследование когнитивных функций, эмоциональных нарушений, анализ качества жизни и использование «Международной классификации функционирования» (МКФ) для пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, ДЭ II стадии в Республике Коми.

Материалы и методы

В неврологическом отделении ГБУЗ РК «Коми республиканская клиническая больница», ГБУЗ РК «Республиканский госпиталь ветеранов и участников боевых действий», ГБУЗ РК «Эжвинская городская поликлиника», ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3» было проведено обследование 126 человек с ДЭ II стадии. Рандомизация достигалась путем невозвратной выборки пациентов, находящихся на лечении в стационаре и поликлинике. Из исследования были исключены лица с тяжелой соматической отягощенностью, лица с нарушением сознания, грубым когнитивным дефицитом, препятствовавшим заполнению анкет. Проводился анализ жалоб и анамнеза, оценивались соматический и неврологический статус, изучались когнитивные функции с использованием MMSE (Mini Mental State Examination), методики «Таблицы Шульте», методики оценки кратковременной памяти А. Р. Лурия, шкалы общего клинического ухудшения, теста рисования часов, методики исключения лишнего, МоСа-тест. Для выявления и разграничения возможной мультиинфарктной деменции при болезни Альцгеймера или когнитивного дефекта при цереброваскулярной патологии использовалась шкала Хачинского. Скрининг когнитивного дефекта или деменции с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур проводился по методике Frontal assessment battery (FAB). Эмоциональные нарушения оценивались при помощи шкалы тревоги Спилбергера–Ханина и опросника CES-D. Кроме того, оценивалось качество сна пациентов (Sleep quality scale, шкала сна ВОЗ, шкала субъективных характеристик сна). Оценку интенсивности головной боли проводили с помощью шкалы вербальных (словесных) оценок. Результаты клинического исследования фиксировались в протоколе с балльной оценкой неврологического и нейропсихологического статуса по шкалам GDS, MMSE и МоСа-тест. В нашем исследовании магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга выполнена всем пациентам на аппарате фирмы GENERAL ELECTRIC MEDICAL SYSTEMS Signa 1,5 T1 (США), использованы режимы T1, T2, FLAIR, диффузионно-взвешенное изображение. Ультразвуковая доплерография и эхокардиография проводились всем пациентам на аппарате Siemens Acuson S 2000 (США).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью вычисления средней арифметической, стандартного отклонения, при оценке качественных признаков использовался непараметрический критерий хи-квадрат Пирсона, оценка количественных признаков осуществлялась с помощью кри-

терия Манна–Уитни. Статистическую обработку результатов исследования проводили в операционной среде Windows 2007 с использованием программы BIOSTAT.

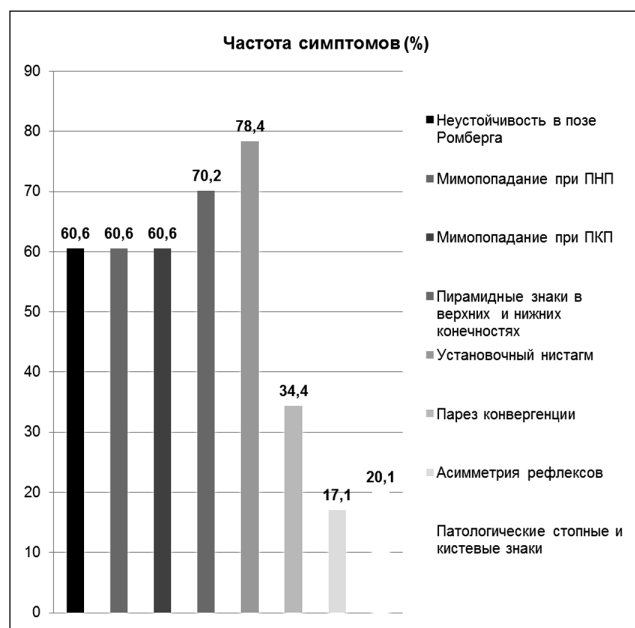
Результаты

За период наблюдения (май 2012 года — май 2018 года) нами были обследованы 126 пациентов в неврологическом отделении ГБУЗ РК «Коми республиканская клиническая больница», ГБУЗ РК «Республиканский госпиталь ветеранов и участников боевых действий», ГБУЗ РК «Эжвинская городская поликлиника», ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3». Средний возраст пациентов составил $65,8 \pm 10,1$ года. В группе преобладали женщины (76 человек, 60,3 %, $p \leq 0,0$). Средний возраст мужчин по данным исследования составил $66,3 \pm 10,3$ года, средний возраст женщин составил $64,2 \pm 10,6$ года, без значимых различий. Средняя продолжительность проживания исследуемых северян на территории республики Коми составила $57,2 \pm 14,7$ года. Из 126 пациентов 44,5 % работающие (56 человек), а 55,5 % — неработающие ($p \leq 0,05$). Среди неработающих — с установленной группой инвалидности 35,7 % пациентов (14,3 % — инвалиды 2-й группы (10 человек), 21,4 % — инвалиды 3-й группы (15 человек), $p \leq 0,05$). Среди работающих 3 человека признаны инвалидами 3-й группы (5,3 %). Артериальная гипертензия I стадии была выявлена у 10,6 % обследованных пациентов, артериальная гипертензия II стадии — у 44,4 %, артериальная гипертензия III стадии — у 45 % ($p \leq 0,05$). В анамнезе у 27,8 % обследованных имела место ишемическая болезнь сердца, у 7,2 % — инфаркт миокарда, 19,1 % пациентов переносили острое нарушение мозгового кровообращения, у 8,6 % — нарушения ритма сердца, у 15,8 % — гемодинамически значимый стеноз брахиоцефальных артерий, у 13,5 % пациентов выявлено ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м^2), у 5,55 % пациентов выявлен избыток массы тела (индекс массы тела более 25 кг/м^2). Данные о фоновых заболеваниях обследуемых получены из амбулаторных карт.

Следует отметить, что неврологический дефицит в виде микроочаговой симптоматики встречался у всех пациентов, вошедших в исследование, а установленный диагноз был подтвержден необходимыми инструментальными, лабораторными, диагностическими, клиничко-функциональными, нейровизуализационными и другими методами исследования, которые соответствовали утвержденным стандартам.

Симптомы, выявленные при неврологическом осмотре, представлены на рисунке 1. В неврологическом статусе преобладали установочный нистагм,

Рисунок 1. Частота симптомов, выявленных при неврологическом осмотре пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии



пирамидные знаки в верхних и нижних конечностях, вестибуло-мозжечковые расстройства, реже выявлялись парез конвергенции, патологические стопные и кистевые знаки, а также асимметрия рефлексов ($p \leq 0,05$). Для исследуемых пациентов были характерны следующие неврологические синдромы: у 70,2% пациентов был пирамидный синдром, у 60,6% пациентов встречался вестибуло-атактический синдром, у 5,5% пациентов выявлялся амиостатический синдром, синдром когнитивных нарушений выявлен у всех пациентов, синдром эмоционально-волевой неустойчивости выявлен у 89,6% пациентов.

Основные жалобы, которые предъявляли пациенты в исследуемой группе, представлены в таблице 1 ($p \leq 0,05$). Основной жалобой, которую предъявляли пациенты, была периодическая головная боль ($p \leq 0,05$), чаще — головная боль напряжения и реже — головная боль при гипертонической энцефалопатии, головная боль при гипертоническом кризе без ги-

пертонической энцефалопатии. По шкале вербальных (словесных) оценок головная боль расценена как слабая ($1,75 \pm 0,2$ балла).

Оценка когнитивных функций по скринговым шкалам представлена в таблице 2. Оценка психического статуса по методике MMSE в исследуемой группе выявила умеренные когнитивные нарушения. У 20,6% (26 человек) опрошенных пациентов по данной шкале когнитивные функции в пределах нормы (по шкале 29–30 баллов) — средний показатель — $29 \pm 1,2$ балла ($p \leq 0,05$). У 15,8% (20 человек) выявлены легкие когнитивные нарушения (по шкале 27–28 баллов), средний показатель составил $27 \pm 0,8$ балла ($p \leq 0,05$). У 63,6% (80 человек) пациентов в группе с ДЭ II стадии выявлены умеренные когнитивные нарушения (по шкале MMSE — 25–27 баллов), в среднем — $26 \pm 1,1$ балла ($p \leq 0,05$). Умеренные когнитивные нарушения выявлены по шкале MoCa, при этом следует отметить, что у 20,6% опрошенных не было выявлено снижение когнитивных функций ниже 26 баллов. При этом у этих же 20,6% опрошенных пациентов был высокий балл по шкале MMSE. У 79,4% обследуемых выявлено снижение ниже 26 баллов по шкале MoCa, но выше 23 баллов, что соответствует умеренному когнитивному снижению ($p \leq 0,05$). По тесту «батарея лобной дисфункции» выявлено умеренное снижение, при этом у 19,1% (24 человека) исследуемых пациентов выявлена умеренная лобная дисфункция (в среднем $13,1 \pm 0,8$ балла), а у 80,9% (102 человека) выявлена нормальная лобная функция (в среднем — $17,9 \pm 1,3$ балла). При этом у пациентов с умеренной лобной дисфункцией средний балл по шкале MMSE составил $27,6 \pm 1,5$. Шкала Хачинского позволяет предположить сосудистую природу выявленного когнитивного дефицита. По итогу «теста Шульте» показатели сначала уменьшаются к T2, а затем вновь возрастают к T5 ($p \leq 0,05$). Вработываемость и психическая устойчивость были средними. Тест оценки кратковременной памяти по А. Р. Лурия выявил снижение на первой минуте у 65,1% пациентов (82 человека), а на пятой

Таблица 1

ЧАСТОТА ЖАЛОБ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ ПАЦИЕНТАМИ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ II СТАДИИ

Жалоба	Частота (%)
Головная боль	80,8
Снижение памяти	73,7
Ощущение головокружения	73,7
Нарушение сна	68,7
Тревога	54,5
Шум в ушах	47,5
Чувство скованности в конечностях	25,3

Таблица 2

**СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПО СКРИНИНГОВЫМ ШКАЛАМ
У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ II СТАДИИ**

Название шкалы		Среднее значение
MMSE		26,7 ± 1,6 балла
MoCa		26,7 ± 2,1 балла
Батарея «лобной дисфункции»		14,2 ± 1,7 балла
Шкала Хачинского		11 ± 0,7 балла
Тест Шульте	T1	70,4 ± 1,6 секунды
	T2	68,2 ± 1,6 секунды
	T3	69,2 ± 1,8 секунды
	T4	70,5 ± 1,6 секунды
	T5	70,6 ± 2,6 секунды
	Эффективность работы	66,3 ± 1,7 секунды
	Психическая устойчивость	1,0 ± 0,19 балла
Тест оценки кратковременной памяти по А. Р. Лурия	1-я минута	4,6 ± 0,4 слова
	5-я минута	4,1 ± 1,3 слова
Тест рисования часов		9,2 ± 0,6 балла
Методика исключения лишнего		198 ± 16,5 балла
Шкала общего клинического ухудшения		1,8 ± 0,2 балла

Примечания: MMSE (Mini Mental State Examination) — краткая шкала оценки психического статуса; MoCa (Montreal Cognitive Assessment) — Монреальская когнитивная шкала.

минуте — у 79,3 % пациентов (100 человек), $p \leq 0,05$. Тест рисования часов позволяет предположить наличие преимущественно подкорковых нарушений (незначительные неточности в расположении стрелок). Методика исключения лишнего выявила легкий когнитивный дефицит. По шкале общего клинического ухудшения (Global Deterioration Rating) полученные когнитивные нарушения оценены как очень мягкие когнитивные расстройства.

По опроснику ВОЗ на наличие инсомнии в среднем получен результат $17,5 \pm 0,6$ балла, что говорит о наличии нарушения сна (клинически значимой инсомнии) у северян с ДЭ в исследуемой группе. У 93 % исследуемых выявлена инсомния, у 7 % нарушений нет ($p \leq 0,05$). По шкале оценки качества сна пациенты набрали в среднем $16,4 \pm 0,3$ балла, что также свидетельствует об инсомнии. Оценка по шкале субъективных характеристик сна дала в среднем $15,6 \pm 1,3$ балла, что также свидетельствует об инсомнии.

Скрининговая оценка показателя депрессии по шкале CES-D выявила, что среднее его значение в группах находится на уровне легкого депрессивного снижения — $23,5 \pm 3,6$ балла, следует отметить, что тяжелое депрессивное снижение не встречалось у пациентов. При регистрации уровня личностной и ситуационной тревожности по шкале Спилберга–Ханина получены следующие результаты: при тестировании ситуационной тревожности получено среднее значение $42,3 \pm 9,8$ балла. При тестировании личностной тревожности получено среднее значение

$42,8 \pm 2,4$ балла, без статистических различий между группами.

Детализация скрининговых шкал по оценке депрессивного снижения, а также тревожности представлена в таблице 3 ($p \leq 0,05$). Чаще депрессивное снижение не выявлялось, либо выявлялось легкое депрессивное снижение ($p \leq 0,05$). По шкале Спилберга–Ханина чаще выявлялись умеренная ситуационная тревожность и отсутствие личностной тревожности ($p \leq 0,05$ внутри групп).

Оценка качества жизни пациентов проводилась с помощью опросника SF-36, который состоит из 8 пунктов. Результаты были разделены нами на 2 группы: первая группа от 0 до 60 % включает в себя низкий, пониженный и средний показатели качества жизни, вторая группа от 61 до 100% — повышенный и высокий показатели качества жизни. Средние результаты по пунктам данной шкалы представлены в таблице 4 ($p \leq 0,05$). В исследуемой группе «физическое функционирование» было на среднем уровне. Повседневная деятельность была на среднем уровне из-за физического состояния по пункту «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием». По пункту «интенсивность боли» у пациентов видим, что болевой синдром умеренно и значимо влиял на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения была средней и несколько сниженной по пункту опросника «общее состояние здоровья».

Таблица 3

**ЧАСТОТА ДЕПРЕССИВНОГО СНИЖЕНИЯ
И ТРЕВОЖНОСТИ ПО СКРИНИНГОВЫМ ШКАЛАМ**

Название шкалы и средние показатели (баллы)	Частота (%)
CES-D (отсутствие депрессивного снижения — $18 \pm 0,8$ балла)	49,2
CES-D (легкое депрессивное снижение — $23,2 \pm 0,7$ балла)	42,8
CES-D (умеренное депрессивное снижение — $25,3 \pm 1,2$ балла)	8
Шкала Спилбергера–Ханина (ситуационная тревожность в пределах нормы — $18 \pm 1,2$ балла)	18,3
Шкала Спилбергера–Ханина (низкая ситуационная тревожность — $28 \pm 6,9$ балла)	15
Шкала Спилбергера–Ханина (умеренная ситуационная тревожность — $40,7 \pm 4,2$ балла)	66,7
Шкала Спилбергера–Ханина (личностная тревожность в пределах нормы — $25 \pm 9,3$ балла)	43,6
Шкала Спилбергера–Ханина (низкий уровень личностной тревожности — $28 \pm 1,1$ балла)	10,4
Шкала Спилбергера–Ханина (умеренный уровень личностной тревожности — $42,4 \pm 4,3$ балла)	46

Таблица 4

СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПО ПУНКТАМ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ SF-36

Название пунктов шкалы SF-36	Среднее значение
Физическое функционирование, %	$50,2 \pm 14,8$
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием, %	$50,6 \pm 10,9$
Интенсивность боли, %	$44,4 \pm 21,4$
Общее состояние здоровья, %	$53,1 \pm 15,1$
Жизненная активность, %	$53,3 \pm 17,6$
Социальное функционирование, %	$59,6 \pm 19,7$
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, %	$45,4 \pm 7,9$
Психическое здоровье, %	$53,3 \pm 10,1$

Снижение «жизненной активности» было умеренным. У большинства пациентов в обследуемой группе ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния было средним или несколько сниженным. В обследуемой группе наблюдалось умеренное ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния. В обследуемой группе «психическое здоровье» было на уровне среднего. Частота изменений по пунктам опросника SF-36 в 1-й и 2-й группе представлена на диаграмме 2 (рис. 2) ($p \leq 0,05$ между группами), а средние значения данных изменений (оценка пациентами различных сфер своей жизни и состояния здоровья) в группах представлены в таблице 5 ($p \leq 0,05$ между группами).

По результату суммарной оценки состояния здоровья по шкале SF-36 физический и психический компонент здоровья страдал примерно с одинаковой частотой, результаты тестирования по физическому компоненту здоровья среди пациентов с ДЭ II стадии составили $49,3 \pm 14,7\%$, по психическому компоненту здоровья — $52,3 \pm 10,8\%$, без значимых различий между группами.

Средние и пониженные показатели выявлены по всем пунктам опросника SF-36, но чаще пониженные и средние показатели качества жизни выявлены по следующим пунктам опросника SF-36: «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием и физическим состоянием», «жизненная активность» (рис. 2). Повышенные и высокие показатели по данной методике выявлены чаще во второй группе по пункту «психическое здоровье» ($p \leq 0,05$ между группами).

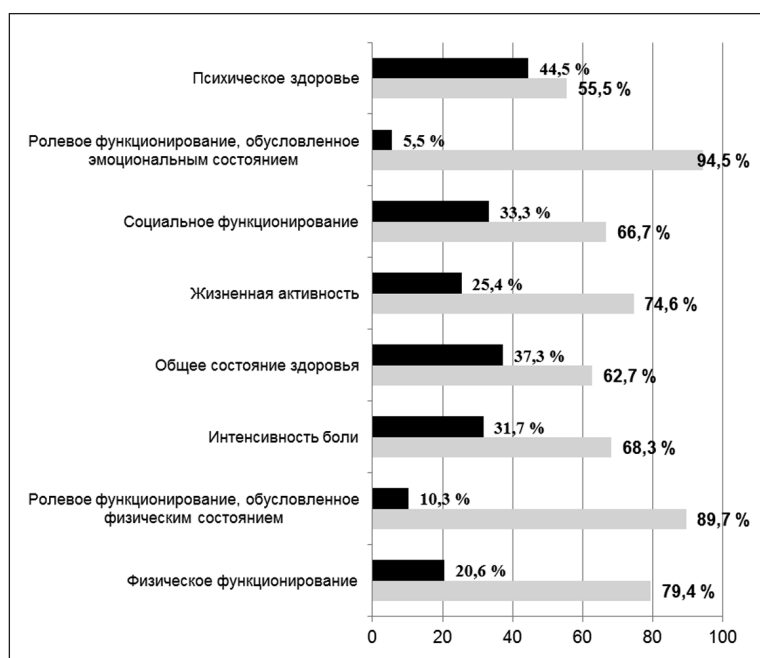
Наиболее высокие средние показатели достигнуты в группе 2 по пунктам «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «физическое функционирование», «психическое здоровье» SF-36 опросника ($p \leq 0,05$ между группами). В группе 1 наиболее низкие показатели достигнуты по пунктам «физическое функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «интенсивность боли», причем это были пациенты из группы лиц с установленной группой инвалидности ($p \leq 0,05$ между группами) (табл. 5).

Ограничение жизнедеятельности и здоровья в исследуемой группе пациентов оценено по МКФ. Мы использовали полную версию МКФ с четырьмя

СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТАМИ ПО ПУНКТАМ ОПРОСНИКА SF-36 В ГРУППЕ 1 И 2

Название пункта опросника SF-36	Группа 1	Группа 2
Физическое функционирование, %	25,6 ± 9,5	83,3 ± 12,2
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием, %	26,2 ± 19,8	79 ± 6,2
Интенсивность боли, %	34,6 ± 8,4	72,8 ± 12,5
Общее состояние здоровья, %	44,2 ± 7,5	67,8 ± 9,6
Жизненная активность, %	37,3 ± 11,5	76,3 ± 6,5
Социальное функционирование, %	36,3 ± 13,9	77,8 ± 15
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, %	46,65 ± 12,25	88,8 ± 14,2
Психическое здоровье, %	45,3 ± 10,4	77,7 ± 11,4

Рисунок 2. Частота изменений в группе 1 (0–60 %, синий цвет) и 2 (61–100 %, красный цвет) по методике SF-6



уровнями детализации. Нарушение функций выявлено по следующим доменам: функция памяти, функция эмоций, вестибулярная функция равновесия, вестибулярная функция передвижения, головокружение, звон или шум в ушах, координация простых и сложных движений, функция боли, функция давления, функция кровеносных сосудов. При оценке функции памяти отсутствие проблем не выявлено ни у одного из тестируемых пациентов. Умеренные проблемы, а именно — умеренное когнитивное снижение, выявлены у 79,4 % опрошенных, у 20,6 % пациентов выявлены легкие проблемы, а именно незначительное, легкое снижение памяти. Тяжелых и абсолютных проблем, а именно деменции, у пациентов выявлено не было ($p \leq 0,05$). При оценке функции эмоций отсутствие проблем, а именно тревоги, депрессии, по скрининговым шкалам встречалось в группе у 13,6 % исследуемых, у 80,9 % обследуемых тревожное, депрессивное снижение было легким, по классификатору МКФ обозначалось как

легкие проблемы, у 5,5 % обследуемых уровень тревожного, депрессивного снижения был умеренным по классификатору МКФ ($p \leq 0,05$). У обследуемых не встречался высокий уровень личностной тревожности по шкалам (тяжелые проблемы по МКФ), абсолютных проблем в обследуемой группе выявлено не было. По МКФ выявлены нарушения по домену вестибулярная функция равновесия, вестибулярная функция передвижения, контроль простых и сложных произвольных движений, головокружение, звон или шум в ушах.

Вестибулярная функция равновесия и передвижения была в пределах физиологической нормы у 13,5 % пациентов, легкие вестибулярные нарушения равновесия и передвижения или подозрение на вестибулярные нарушения выявлены у 30,2 % (38 человек), остальные нарушения равновесия нужно отнести к домену «контроль простых и сложных произвольных движений». Нарушения контроля простых и сложных произвольных движений свя-

заны с нарушением корково-подкорковых взаимодействий. Нарушение контроля простых и сложных произвольных движений средней степени тяжести выявлены у 37,2 % (47 человек). А нарушения по данному домену тяжелой степени выявлены у 19,1 % пациентов (24 человека): это были пациенты, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе ($p \leq 0,05$). По домену «головокружение» не выявлено нарушений у 26,2 % пациентов (33 человека), легкие нарушения выявлены у 23,8 % пациентов (30 человек), умеренные нарушения — у 34,1 % пациентов (43 человека), тяжелые нарушения встречались у 15,9 % обследуемых (20 человек) ($p \leq 0,05$). Звон или шум в ушах не беспокоил 52,4 % (66 человек), легкие и умеренные нарушения были выявлены с равной частотой у 23,8 % обследуемых (30 человек) ($p \leq 0,05$). По домену «функция боли» у 12 % пациентов или не выявлено нарушений, или были незначительные жалобы на головные боли (в основном головная боль напряжения) до 1 балла по ВАШ. У 56,3 % пациентов выявлены легкие проблемы (незначительные, слабые, до 2–4 баллов по ВАШ, головная боль напряжения). У 31,7 % пациентов домен соответствует умеренным и тяжелым проблемам (головная боль, связанная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии, и головная боль при гипертонической энцефалопатии), по шкале ВАШ — 5–7 баллов ($p \leq 0,05$). По домену «функция артериального давления» нарушение функции выявлено у всех обследуемых пациентов. Легкие проблемы выявлены у 10,6 % обследованных пациентов, а именно выставлен диагноз артериальная гипертензия I стадии. У 44,4 % пациентов выявлены умеренные проблемы (артериальная гипертензия II стадии). Артериальная гипертензия III стадии выявлена у 45 % (тяжелые проблемы по МКФ) ($p \leq 0,05$). По домену «функция кровеносных сосудов» нарушения выявлены у всех пациентов с ДЭ II стадии. Легкие проблемы (утолщение стенок артерий, стеноз от 0–24 %) выявлены у 54,2 %, умеренные проблемы (средние, значимые, стеноз от 25–49 %) выявлены у 30 % пациентов, у 15,8 % обследуемых выявлены тяжелые проблемы — гемодинамически значимый стеноз брахицефальных артерий (стеноз 50–90 %), $p \leq 0,05$. Среди пациентов в обследуемой группе абсолютных проблем (стеноз 91–100 %) выявлено не было.

По домену структуры было выявлено нарушение по 3 позициям — структура головного мозга, структура сердечно-сосудистой системы, желудочки сердца, изменения брахицефальных сосудов (структура головного мозга другая уточненная). У всех пациентов (100 %) по МРТ головного мозга выявлены нарушения по домену «структура головного

мозга» — наличие подкорковых очагов в головном мозге. Нарушения расценены как легкие, локализованные с обеих сторон в 45,2 % случаев (57 человек) и в 55,8 % (69 человек) случаев как умеренные. Наличие множественного очагового поражения головного мозга, в том числе лейкоареоза, лакунарных очагов, участков микрокровоизлияний ($p \leq 0,05$). У 31,7 % (40 человек) выявлены нарушения по типу легкой гидроцефалии, расширения боковых желудочков головного мозга до 13–15 мм с обеих сторон, у остальных 68,3 % пациентов данных изменений по МРТ головного мозга не было выявлено ($p \leq 0,05$). У 31,7 % (40 человек) выявлены нарушения по типу легкой атрофии вещества головного мозга, у остальных 68,3 % пациентов данных изменений не было выявлено ($p \leq 0,05$). У пациентов в обследуемой группе наблюдалась гипертрофия левого желудочка сердца в 69,8 % случаев (88 человек). У всех обследованных пациентов выявлены изменения брахиоцефальных артерий в 100 % случаев (обозначим этот домен как «структура головного мозга другая уточненная»). Степень стенозов была разбита по доменам процента стенозирования артерий: утолщение стенок артерий 0–24 % (легкие проблемы), средний, умеренный стеноз 25–49 % (умеренные проблемы), гемодинамически значимый стеноз 50–90 % (тяжелые проблемы). Абсолютных проблем (стенозов 91–100 %) в группе выявлено не было. Частота стенозов по данным доменам в процентах (%) представлена в таблице 6.

Чаще в исследуемой группе встречались односторонние легкие проблемы в виде утолщения стенок артерии ($p \leq 0,05$), гемодинамически незначимые ($p \leq 0,05$). Среди односторонних легких проблем превалировало утолщение подключичной артерии слева ($p \leq 0,05$), как и среди умеренных проблем ($p \leq 0,05$). Соотношение двусторонних умеренных стенозов общих сонных артерий и позвоночных артерий составило 1:1 без значимых различий. Среди тяжелых проблем превалировал в равной степени стеноз наружной сонной артерии справа и слева ($p \leq 0,05$ в сравнении с другими группами). Соотношение двусторонних тяжелых проблем общих сонных артерий и внутренних сонных артерий составило 2:1 ($p \leq 0,05$).

Активность и участие были представлены следующими доменами в исследовании: выполнение распорядка дня другое уточненное; способность справляться со стрессом и другими психологическими нагрузками другая уточненная; ходьба; ходьба, передвижение и относящаяся к ним активность, другие уточненные и неуточненные; преодоление препятствий, передвижение вверх или вниз по поверхностям или объектам типа подножек, камней,

**ЧАСТОТА ИЗМЕНЕНИЙ ПО ДОМЕНУ «СТРУКТУРА ГОЛОВНОГО МОЗГА ДРУГАЯ УТОЧНЕННАЯ»
(СТЕНОЗЫ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ)**

Локализация стеноза	Частота утолщения стенок артерий (стенозов от 0–24 %)	Частота умеренных стенозов	Частота гемодинамически значимых стенозов
Внутренняя сонная артерия справа, %	14,5	0	0
Внутренняя сонная артерия слева, %	14,5	0	0
Подключичная артерия справа, %	20,3	0	0
Подключичная артерия слева, %	28,9	15,9	0
Общая сонная артерия справа, %	14,5	13,1	0
Общая сонная артерия слева, %	18,8	11,6	0
Позвоночная артерия слева, %	0	8,7	0
Позвоночная артерия справа, %	0	2,9	0
Двусторонние стенозы позвоночных артерий, %	0	7,95	0
Двусторонние стенозы общих сонных артерий, %	0	7,95	0
Наружная сонная артерия справа, %	0	0	21,7
Наружная сонная артерия слева, %	0	0	21,7
Двусторонний стеноз внутренней сонной артерии справа и слева, %	0	0	2,9
Двусторонний стеноз общей сонной артерии справа и слева, %	0	0	5,8

приставных лестниц, ступенек, бордюров или других объектов; бег, передвижение быстрыми шагами так, что обе ноги одновременно могут не касаться земли; мытье другое уточненное; одевание другое уточненное; выполнение работы по дому другое уточненное, общие и межличностные взаимодействия, другие уточненные и неуточненные.

Раздел «Общие задачи и требования» был представлен следующими доменами: выполнение распорядка дня другое уточненное; способность справляться со стрессом и другими психологическими нагрузками другая уточненная. У 46 % (58 человек) выявлено легкое ограничение повседневной активности, при этом с помощью вспомогательных факторов окружающей среды, а также при помощи окружающих ограничений выявлено не было. У 54 % пациентов (68 человек) ограничения активности в повседневной жизни в связи с физическим состоянием не выявлено ($p \leq 0,05$).

По домену «способность справляться со стрессом и другими психологическими нагрузками другая уточненная» у 94,5 % пациентов (119 человек) выявлено умеренное нарушение до $46,65 \pm 12,25\%$. У 5,5 % пациентов (7 человек) способность справляться со стрессом была тяжелой, средний балл составил $88,8 \pm 14,2\%$ ($p \leq 0,05$). Присутствие родственников, а также такие факторы, как увеличение доходов, переезд в благоустроенную квартиру, облегчают способность справляться со стрессом с умеренно тяжелого до легкого уровня.

Пункт «Активность и передвижение» представлен доменами «ходьба»; «ходьба, передвижение и относящаяся к ним активность, другие уточненные и неуточненные»; «преодоление препятствий, передвижение вверх или вниз по поверхностям или объектам типа подножек, камней, приставных лестниц, ступенек, бордюров или других объектов»; «бег, передвижение быстрыми шагами так, что обе ноги одновременно могут не касаться земли». По домену «ходьба» отсутствие ограничений выявлено у 45 % обследуемых. Легкое ограничение ходьбы выявлено у 55 % обследуемых, при этом использование вспомогательных устройств приводит к отсутствию ограничений ($p \leq 0,05$).

По домену «ходьба, передвижение и относящаяся к ним активность, другие уточненные и неуточненные» (а именно пройти расстояние более одного километра, наклониться, встать на колени, пройти расстояние более одного квартала) у 40,6 % обследуемых не выявлено ограничений активности и участия. У 59,4 % обследуемых выявлено легкое ограничение активности и участия, при этом использование вспомогательных устройств облегчает ограничение ходьбы, передвижения до отсутствия ограничения, а без их использования сохраняются легкие ограничения ($p \leq 0,05$).

По разделу «Самообслуживание» задействованы такие домены, как «мытье другое уточненное»; «одевание другое уточненное». У 13,2 % пациентов выявлено легкое ограничение самообслуживания

по этим доменам, при этом введение помощи посторонних лиц и облегчающих устройств (поручни в ванной, нескользкие полы, душ-кабинка со стулом для мытья) облегчают мытье до отсутствия ограничений, а одевание до уровня отсутствия ограничений при помощи посторонних лиц. У остальных 86,8% пациентов ограничений самообслуживания не было выявлено ($p \leq 0,05$).

По разделу «Ведение домашнего хозяйства» задействован домен «выполнение работы по дому другое уточненное» (умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды, поднять или нести сумку с продуктами). У 41,5% пациентов не было ограничений, легкое ограничение выявлено у 39,4%, введение посторонней помощи (помощь родственников), как и использование вспомогательных средств, приводит к улучшению активности и участия по данному домену до отсутствия ограничений, без значимых различий между группами. Умеренное ограничение активности и участия по данному домену выявлено у 19,1% пациентов, причем помощь родственников облегчает ограничение до легких, а применение вспомогательных средств никак не влияет ($p \leq 0,05$).

По разделу «Общие и межличностные взаимодействия» нами был выделен домен «общие межличностные взаимодействия, другие уточненные и неуточненные» (насколько физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало пациентам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе). Отсутствовали какие-либо ограничения у 29,8% опрошенных, у 46,9% опрошенных выявлены легкие ограничения, у 23,3% опрошенных — умеренные ограничения, при этом посторонняя помощь могла снизить ограничения на 1 балл по МКФ в каждой группе опрошенных, в то время как использование вспомогательных средств не могло никак помочь в улучшении активности и участия по данному домену ($p \leq 0,05$).

Обсуждение

ДЭ — это хроническое прогрессирующее диффузное и/или многоочаговое поражение головного мозга различной этиологии, проявляющееся разнообразными неврологическими, нейропсихологическими, психическими нарушениями, которое развивается в результате хронической недостаточности мозгового кровообращения и/или повторными эпизодами дисциркуляции, протекающими как с острой клинической симптоматикой (острое нарушение мозгового кровообращения), так и субклинически [15].

При постановке диагноза ДЭ необходимо руководствоваться следующими критериями [16, 17]:

1. Факторы риска развития хронического нарушения мозгового кровообращения: артериальная гипертензия, дислипидемия, атеросклероз артерий шеи и головы, сахарный диабет 2-го типа, гипергомоцистеинемия, тромбофилии, хроническая сердечная недостаточность и другое.

2. Жалобы, отражающие нарушение функционального состояния головного мозга (головная боль, головокружение, снижение памяти, внимания и регуляторных функций, нарушение сна, снижение физической и умственной работоспособности, утомляемость, шум в голове).

3. Клинические признаки, свидетельствующие об очаговом или диффузном повреждении мозговой ткани: рассеянные органические симптомы на I стадии и неврологические синдромы на II и III стадии ДЭ. Среди синдромов чаще всего встречаются пирамидный, псевдобульбарный, амиостатический, астенический, псевдоневротический, психоорганический (психопатологический) синдромы, апраксия ходьбы, постуральная неустойчивость.

4. Объективные признаки когнитивных нарушений по данным нейропсихологического обследования.

5. Признаки поражения цереброваскулярного русла по данным ультразвуковой диагностики.

6. Признаки структурных изменений мозгового вещества по данным нейровизуализации (КТ, МРТ).

Диагноз устанавливается при наличии не менее трех из шести признаков и подтверждении причинно-следственных связей формирования клинических симптомов с факторами риска и изменениями, выявленными по результатам лабораторно-инструментального обследования.

Вторая стадия ДЭ характеризуется наличием структурных и функциональных нарушений центральной нервной системы. В этой стадии симптомы формируют устойчивые синдромы. Расстройство походки часто необоснованно расценивается как вестибуло-мозжечковый синдром. На самом деле такая симптоматика является следствием нарушения центрального управления вестибулярными аппаратами, мозжечком, а также нарушения корково-стволовых связей, поэтому правильнее его расценивать как «апраксию ходьбы» (лобную дисбазию). Изменения в интеллектуально-мнестической сфере формируют синдром умеренных когнитивных нарушений, который отвечает следующим критериям:

- жалобы на повышенную забывчивость и/или снижение умственной работоспособности, подтверждаемые родственником больного;

- сведения от пациента или его родственников о снижении когнитивных функций в сравнении с имевшимися ранее возможностями пациента;

- объективные свидетельства мнестических или других когнитивных нарушений по сравнению с возрастной нормой;

- когнитивные расстройства не должны приводить к утрате профессиональных способностей или навыков социального взаимодействия, хотя может быть легкое ухудшение в сложных и инструментальных видах повседневной и профессиональной деятельности;

- имеющиеся нарушения не достигают степени деменции.

Суммарный балл по КШОПС, МоСА составил 24–27 баллов, по батарее лобных тестов — 12–15 баллов. При КТ выявлены признаки локальной атрофии вещества головного мозга, при МРТ — множественные, склонные к слиянию, гиперинтенсивные в T2-режиме очаги в белом веществе головного мозга.

В обследуемой группе преобладали женщины, так как они чаще госпитализировались в неврологическое отделение и наблюдались в поликлинике по месту жительства. Из обследуемых 44,5 % пациентов были работающими. Все пациенты проживали на территории республики Коми (условия Крайнего Севера) более 40 лет. У всех пациентов встречались сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания. Неврологический дефицит в виде микроочаговой симптоматики встречался у всех пациентов, вошедших в исследование; у каждого из пациентов был выявлен один ведущий клинический синдром ДЭ II стадии. Основными неврологическими синдромами были: пирамидный синдром, синдром эмоционально-волевой неустойчивости, вестибуло-атактический синдром.

Основными жалобами пациентов были головные боли, ощущение головокружения, снижение памяти, нарушение сна. Следует сказать, что субъективным эквивалентом жалоб на «головокружение» при ДЭ II стадии являются ощущение неустойчивости при ходьбе и нарушение равновесия (со слов пациентов — «штормит», «ведет», «шатает»). Согласно общепринятой неврологической классификации, данное «головокружение» относится к несистемным. Безусловно, пациенты интерпретировали свои жалобы как «головокружение», но за этими жалобами стоит: 1) нарушение внимания (пациент не замечает препятствий на своем пути, спотыкается и другое); 2) нарушение координации движений и равновесия (поражение белого вещества, которое нарушает связь между лобными долями головного мозга и мозжечком (лобно-пон-

тинно-мозжечковые пути), что ведет к развитию вторичной дисфункции мозжечка, ответственного за развитие и поддержание равновесия, координацию движений; 3) поражение базальных ганглиев в результате лакунарных инфарктов мозга, нарушение связи между базальными ганглиями и лобной корой с развитием сосудистого паркинсонизма; 4) фобическая постуральная неустойчивость. Вестибулярные нарушения у пожилых пациентов с артериальной гипертензией или другими сосудистыми заболеваниями являются коморбидной патологией и также связаны с дегенеративными или воспалительными изменениями во внутреннем ухе (доброкачественное позиционное головокружение, вестибулярный нейронит). Безусловно, практикующий невролог должен учитывать тип головокружения у пациентов с ДЭ, так как от этого зависит выбор лекарственных препаратов.

Умеренное и легкое когнитивное снижение встречалось у большинства пациентов в обследуемой группе, что подтверждено скрининговыми шкалами. Шкала Хачинского позволяет предположить «сосудистую природу» выявленного когнитивного дефицита. Тест рисования часов также позволяет предположить наличие преимущественно подкорковых нарушений. «Методика исключения лишнего» и шкала общего ухудшения выявили очень мягкое когнитивное снижение у пациентов в обследуемой группе. У пациентов также встречалась инсомния, подтвержденная соответствующими шкалами. Причиной инсомнии при ДЭ является не только корково-подкорковое разобщение, но и сонные апноэ, которые могли быть у исследованных пациентов, учитывая, что у 13,5 % пациентов было выявлено ожирение, а у 5,55 % — повышенный индекс массы тела. Также причиной инсомнии могла являться и плохо контролируемая артериальная гипертензия, включая недостаточное ночное снижение артериального давления («Non-dipper»), а возможно, средние показатели артериального давления в ночные часы превышали таковые в часы бодрствования («Night reaker»). Также, возможно, пациентов беспокоило учащение мочеиспускания, хотя они не жаловались на это, но могли скрывать данный факт. Учащение мочеиспускания влияет на количество ночных пробуждений. У исследуемых пациентов часто выявлялся синдром эмоционально-волевой неустойчивости, и нарушение структуры сна было преимущественно в виде: поверхностного сна с обилием сновидений; трудностей засыпания; ночных пробуждений.

Также в группе встречались легкое депрессивное снижение и умеренное снижение по баллам шкал для оценки ситуационной и личностной тревожности.

Лица с ДЭ II стадии ведут активный образ жизни

ни и нуждаются в ранней коррекции когнитивного снижения, вторично возникшего депрессивного снижения и тревожности. Именно поэтому для унификации состояния здоровья нами были использованы опросники SF-36 (анкета оценки качества жизни) и МКФ (Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья), которые дополняют друг друга.

Выводы

У исследуемых северян с ДЭ II стадии были умеренно снижены когнитивные функции, выявлены легкие и умеренные эмоциональные нарушения, пирамидный синдром, вестибуло-атактический синдром. Также нарушено качество жизни в виде легкого и умеренного снижения психического и физического компонентов. Таким образом, SF-36 (анкета оценки качества жизни) и МКФ (Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья) дополняют друг друга. Когнитивные шкалы составляют основу для обследования пациентов с ДЭ и могут помочь сформулировать выводы о нарушении функций по МКФ, и, опираясь на реабилитационные программы, помочь в коррекции когнитивного снижения, нарушения физического и эмоционального состояния при ДЭ. Реабилитационная программа для пациентов с ДЭ должна составляться индивидуально для каждого пациента, исходя из краткосрочных и долгосрочных целей пациента. Следует учитывать ведущий клинический синдром, жалобы пациента, патогенез формирования заболевания, факторы риска развития заболевания, факторы окружающей среды (физическая и социальная обстановка). В зависимости от исходных данных пациенту может быть проведена как немедикаментозная, так и медикаментозная коррекция факторов риска развития заболевания, терапия, направленная на коррекцию патогенетического звена развития заболевания, жалоб пациента, включая проведение школ для пациентов с хронической цереброваскулярной патологией, острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Список литературы / References

1. Тимонин С. А., Папанина Е. К. Смертность от болезней кровообращения в России и Москве в свете мировых тенденций. *Московская медицина*. 2017;4(19). [Timonin SA, Papanina EK. Mortality from circulatory diseases in Russia and Moscow in the light of world trends. *Moscow medicine*. 2017;4(19):57–63. In Russian].

2. Вишневецкий А. Г., Андреев Е. М., Тимонин С. А. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России. *Демографическое обозрение*. 2015;3(1):6–34. [Vishnevsky AG, Andreev EM, Timonin SA. Mortality from diseases of the circulatory system and life expectancy in Russia. *Demographic Review*. 2015;3(1):6–34. In Russian].

3. Сковорцова В. И., Стаховская Л. В., Гудкова В. В., Алевкин А. В. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения. *Неврология. Национальное руководство* под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Сковорцовой, А. Б. Гехт М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. [Skvortsova VI, Stakhovskaya LV, Gudkova VV, Alekhin AV. Chronic cerebral circulation failure. *Neurology. National textbook*. Ed. by Gusev EI, Kononov AN, Skvortsova VI, Gekht AB. M.: GEOTAR-Media, 2010. In Russian].

4. Шишкова В. Н. Когнитивные нарушения — универсальный клинический синдром в практике врача-интерниста. Центр патологии речи и нейрореабилитации. Методическое пособие. М., 2017. [Shishkova VN. Cognitive impairment is a universal clinical syndrome in the practice of an internist. Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation, Moscow. Toolkit. M., 2017. In Russian].

5. Яковчук Е. Д., Пенина Г. О. Нейропсихологический статус у северян с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии, некоторые фармакоэкономические аспекты лечения. Материалы десятой конференции неврологов СЗФО Российской Федерации с международным участием, 6–7 апреля 2016. [Yakovchuk ED, Penina GO. Neuropsychological status in northerners with stage II discirculatory encephalopathy, some pharmacoeconomic aspects of treatment. Materials of the 10th conference of neurologists of the Northwestern Federal District of the Russian Federation with international participation, April 6–7 2016. In Russian].

6. Боголепова А. Н. Когнитивные нарушения у больных с цереброваскулярной патологией. Лечение заболеваний нервной системы. 2011;3(8):16–22. [Bogolepova AN. Cognitive impairment in patients with cerebrovascular pathology. *Treatment of Diseases of Neural System*. 2011;3(8):16–22. In Russian].

7. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Barker-Collo SL, Parag V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol*. 2009;8(4):355–369.

8. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurol*. 2009;8(4):345–354.

9. Brevik EJ, Eikeland RA, Lundervold AJ. Subthreshold depressive symptoms have a negative impact on cognitive functioning in middle-aged and older males. *Front Psychol*. 2013;4:309.

10. Wesnes KA, Harrison JE. The evaluation of cognitive function in the dementias: methodological and regulatory considerations. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003;5(1):77–88.

11. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*. 1993;43(2):250–260.

12. Hebert R, Lindsay J, Verreault R, Rockwood K, Hill G, Dubois MF. Vascular dementia: incidence and risk factors in the Canadian study of health and aging. *Stroke*. 2000;31(7):1487–1493.

13. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2001. [International classification of functioning, disabilities and health: ICF. World Health Organization. Geneva. 2001. In Russian].

14. Локшина А. Б., Захаров В. В. Практические алгоритмы ведения пациентов с хронической ишемией головного мозга. Эффективная фармакотерапия. 2019;15(19):24–28. [Lokshina AB, Zakharov VV. Practical algorithms for managing

patients with chronic cerebral ischemia. *Effektivnaya Farmakoterapiya* = Effective Pharmacotherapy. 2019; 15(19):24–28. In Russian].

15. Кадыков А. С., Манвелов Л. С., Шахпаронова Н. В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018. С. 7. [Kadykov AS, Manvelov LS, Shakhparonova NV. Chronic vascular diseases of the brain. Encephalopathy. 4th ed., Rev. and add. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. P. 7. In Russian].

16. Левин О. С., Штульман Д. Р. Неврология: справочник практического врача. 11-е изд., перераб. М.: МЕДпресс-информ, 2018. С. 58. [Levin OS, Shtulman DR. Neurology: a handbook of a practitioner. 11th ed., Rev. M.: MEDpress-inform, 2018. P. 58. In Russian].

17. Гусев Е. И., Боголепова А. Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. 4-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2014. [Gusev EI, Bogolepova AN. Cognitive impairment in cerebrovascular diseases. 4th ed. M.: MEDpress-inform, 2014. In Russian].

Информация об авторах

Яковчук Елена Дмитриевна — врач-невролог ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3», ORCID: 0000–0001–8769–6992, e-mail: le-mur-ka@inbox.ru;

Пенина Галина Олеговна — доктор медицинских наук, профессор, проректор по учебной и научной работе ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, ORCID: 0000-0002-8295-6844, e-mail: penkina.ru@rambler.ru.

Author information

Elena D. Yakovchuk, MD, Neurologist, Syktyvkar City Polyclinic № 3, ORCID: 0000–0001–8769–6992, e-mail: le-mur-ka@inbox.ru;

Galina O. Penina, MD, PhD, DSc, Professor, Vice-Rector, St Petersburg University for the Advanced Medical Experts Training, ORCID: 0000-0002-8295-6844, e-mail: penkina.ru@rambler.ru.