



Профессор В.В. ЗАХАРОВ: «Основная цель лечения постинсультных когнитивных нарушений – приемлемый уровень повседневного функционирования и качества жизни пациентов»



В первые месяцы после инсульта у большинства пациентов развиваются когнитивные нарушения разной степени выраженности, вплоть до деменции. Они вносят существенный вклад в инвалидизацию, ухудшают приверженность к лечению, снижают качество жизни больных и их родственников. Кроме того, когнитивная дисфункция часто сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами, что ведет к апатии, нарушению внимания и негативно сказывается на реабилитационном процессе. О методах диагностики и терапии постинсультных когнитивных расстройств – в интервью с профессором кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н. Владимиром Владимировичем ЗАХАРОВЫМ.

– Как часто у больных, перенесших инсульт, развиваются когнитивные нарушения?

– Когнитивные нарушения после инсульта развиваются практически всегда. Но не всегда диагностируются. Во-первых, не все врачи обращают на когнитивную функцию должного внимания. Почему-то считается, что двигательная функция важнее, хотя на самом деле это спорно. Во-вторых, для выявления когнитивных расстройств применяются различные тесты, среди которых есть как простые, так и достаточно сложные. Но простые методики не всегда позволяют обнаружить когнитивные нарушения. Эпидемиологические исследования, в которых использовались действительно чувствительные инструменты, свидетельствуют, что когнитивная дисфункция присутствует у 96% пациентов, перенесших инсульт.

– Что можно считать главным фактором риска развития когнитивных расстройств после сосудистой катастрофы?

– Более выраженные нарушения когнитивных функций отмечаются у пациентов пожилого возраста, с сахарным диабетом, фибрилляцией предсердий и низким уровнем образования. Но главным фактором риска все же является возраст. Возможно, это объясняется распространенностью у пожилых людей нейродегенеративной патологии. В таких случаях инсульт играет роль триггера, который декомпенсирует доинсультное поражение головного мозга.

– Влияет ли на развитие когнитивных расстройств характер инсульта?

– Геморрагический инсульт вызывает более выраженные когнитивные нарушения, чем ишемический, но вероятность полного или частичного их регресса после геморра-

гического инсульта выше, чем после ишемического инсульта.

– Может ли диагностика постинсультных когнитивных нарушений вызвать затруднения у практических врачей?

– Единственным методом диагностики когнитивных расстройств был и остается клинический нейропсихологический метод исследования, то есть специальные когнитивные тесты. В настоящее время разработано большое число диагностических нейропсихологических методик, в том числе достаточно чувствительные инструменты, которые в то же время просты в интерпретации. В качестве примера можно привести монреальскую шкалу оценки когнитивных функций, чувствительность которой в отношении легких когнитивных расстройств составляет 90%, а выраженных – 100%. Но главная трудность, с которой неизменно сталкиваются



Актуальное интервью

доктора, особенно амбулаторного звена, это нехватка времени. Самое примитивное исследование высших мозговых функций занимает не менее 5–10 минут, а полноценное – не менее 10–15 минут, которыми врачи на приеме не всегда располагают.

– Какие варианты постинсультных когнитивных нарушений чаще всего встречаются в клинической практике?

– Можно выделить три основных клинических варианта постинсультных когнитивных расстройств. Самый редкий – последствия стратегического инсульта. В этом случае острое нарушение кровообращения происходит в особенно важной для познавательной деятельности зоне мозга. Обычно это таламус, полосатые тела, гиппокамп, угловая извилина или базальные отделы лобных долей. Когнитивные расстройства развиваются внезапно и очень быстро, а затем постепенно регрессируют до некоторой степени. Чаще после инсульта формируются когнитивные нарушения по альцгеймеровскому типу. Их главная отличительная черта – прогрессирующие расстройства памяти на события недавнего прошлого при относительно сохранной памяти на далекие события. Наконец, самый распространенный вариант постинсультных когнитивных расстройств – нарушения подкоркового характера. В этом случае когнитивный дефицит присутствует еще до инсульта (хроническая ишемия мозга). В его структуре преобладают замедленность познавательной деятельности (брадифрения), колебания концентрации внимания (флуктуации) и снижение интеллектуальной гибкости (инертность мышления, стереотипное и персеверативное поведение).

– Какую роль играет эмоциональное состояние пациента после инсульта при оценке его когнитивных способностей?

– Безусловно, эмоциональное состояние сказывается на результатах нейропсихологических тестов.

Поэтому мы не рекомендуем оценивать высшие психические функции в первые дни после инсульта, даже если физическое состояние пациента это позволяет. Лучше проводить диагностику спустя одну-две недели, когда больной вполне осознал то, что произошло, и свыкся с этим. Но и в дальнейшем приблизительно у трети больных в восстановительном периоде развивается депрессия, которая может усугубить мнестико-интеллектуальную недостаточность. Однако, к счастью, когнитивные расстройства, связанные с депрессией, носят обратимый характер. Об этом косвенно свидетельствует то, что, по данным эпидемиологических исследований, депрессия является благоприятным прогностическим фактором в отношении регресса постинсультных когнитивных нарушений.

– Влияет ли на диагностику, лечение и прогноз причина когнитивного снижения?

– Несомненно, причина и клинические особенности когнитивных нарушений определяют прогноз и терапию. Наиболее неблагоприятный вариант постинсультной когнитивной дисфункции – расстройства мнестико-интеллектуальных функций по альцгеймеровскому типу. Они наблюдаются не так редко – приблизительно в трети случаев. Причины частого сосуществования болезни Альцгеймера и цереброваскулярного заболевания понятны. Их объединяют общие факторы риска (в первую очередь пожилой возраст) и общность патогенеза (например, дисфункция глимфатической системы мозга). Как известно, для болезни Альцгеймера характерно неуклонное прогрессирование когнитивной дисфункции с неизбежным исходом в так называемую тотальную деменцию, когда пациент полностью утрачивает речь и аналитические способности. Болезнь Альцгеймера существенно снижает шансы на успех нейрореабилитации двигательных и других неврологических нарушений после инсульта. Предположение о сопутствующем

нейродегенеративном заболевании должно служить показанием для немедленного начала специфической терапии ингибиторами ацетилхолинэстеразы и/или мемантином. Эти препараты способны отсрочить развитие синдрома тотальной деменции, иногда на довольно значительный срок.

– Какие фармакотерапевтические методы лечения применяются для коррекции постинсультных когнитивных нарушений?

– Лекарственная терапия обычно включает нейрометаболические препараты, которые поддерживают и повышают эффективность нейрореабилитации и влияют на патогенез поражения мозга как при сосудистом, так и при нейродегенеративном церебральном заболевании.

– Насколько долгая требуется реабилитация?

– Медикаментозную и немедикаментозную реабилитацию следует проводить длительно, до тех пор пока не достигнута основная цель – приемлемый уровень повседневного функционирования и качества жизни. Однако активнее всего реабилитационные мероприятия должны осуществляться в восстановительном периоде, то есть в течение первого года после острого нарушения мозгового кровообращения.

– Обратимы ли постинсультные когнитивные нарушения?

– Длительные наблюдения за пациентами свидетельствуют, что постинсультные когнитивные расстройства могут иметь и прогрессирующий, и стационарный, и регрессирующий характер. Это зависит от многих факторов: возраста больного, особенностей инсульта, сопутствующей патологии. К благоприятным прогностическим факторам относят нарушения речи, депрессию и геморрагический характер инсульта. Прогрессирующий характер наблюдается при лакунарном варианте ишемического инсульта, когнитивных расстройствах до инсульта и у пожилых пациентов. *

Неврология