

КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ

В.Н. Абрамова, Т.А. Слюсарь, докт. мед. наук, проф., **С.Л. Медведева**, канд. мед. наук
Тверской государственной медицинской университет,
Российская Федерация, 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4
E-mail: slyusar.t@inbox.ru

Представлены характерные особенности пациентов старческого возраста с хронической ишемией головного мозга с учетом полового диморфизма.

Ключевые слова: хроническая ишемия головного мозга, старческий возраст, пол.

Для цитирования: Абрамова В.Н., Слюсарь Т.А., Медведева С.Л. Клинико-нейровизуализационные критерии хронической ишемии головного мозга у пациентов старше 75 лет. Медицинская сестра. 2019; 21 (5): 16–18. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-05-05>

Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) широко распространена среди населения пожилого и старческого возраста и характеризуется сочетанием когнитивного, двигательного дефицита и эмоциональных нарушений, которые могут стать причиной инвалидности и снижения качества жизни. В мире наблюдается увеличение доли лиц старше 75 лет, что придает данной проблеме большую медико-социальную значимость [1].

Целью исследования было разработать клинико-нейровизуализационные критерии ХИГМ у больных старше 75 лет.

Обследованы 64 пациента (21 мужчина и 43 женщины в возрасте 76–94 лет) с диагнозом ХИГМ II и III стадий: диагноз и стадия заболевания устанавливались на основании общепринятых критериев [2]. 43,7% обследованных имели II стадию ХИГМ, 56,2% – III; средняя длительность заболевания составила $15,4 \pm 0,9$ года. Критерии включения в исследование: возраст старше 75 лет; верифицированный диагноз ХИГМ II или III стадий; наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: соматическая патология в стадии декомпенсации; сахарный диабет; гематологические и онкологические заболевания; черепно-мозговые травмы и инфекционно-воспалительные заболевания нервной системы в анамнезе; применение в течение по-

следних 6 мес медикаментов, способных повлиять на результаты исследования (транквилизаторы, анксиолитики и др.); наличие острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

Обследование включало в себя анализ жалоб, исследование соматического статуса с расчетом индекса полиморбидности (ИПМ) – число заболеваний [3], исследование неврологического статуса. Когнитивную сферу изучали используя краткую шкалу оценки психического статуса – MMSE [4], батарею тестов для оценки лобной дисфункции – БТЛД, тест рисования часов [5] и пробы Шульте; для изучения эмоциональной сферы применяли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии, астении – опросник MFI-20 [6]. Выраженность вегетативных изменений исследовали по анкете Первого государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) проводилась в стандартных режимах на аппарате General Electric Medical Systems, с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. Рассчитывались: индексы желудочков мозга (индекс передних рогов – ИПР; индекс тел боковых желудочков – ИТБЖ справа и слева; индекс 3-го и 4-го желудочков – ВКИЗ и ВКИ4); линейные размеры передних рогов (ПР), центральных отделов боковых желудочков (БЖ) справа и слева, 3-го и 4-го желудочков [7]; определялась выраженность лейкоареоза по 5-балльной шкале.

Для статистической обработки результатов применяли программы IBM SPSS Statistics for Windows v.22.0 © SPSS Inc. (Chicago, IL, USA), критерии χ^2 Пирсона, U-критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Пирсона. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Наиболее частыми церебральными жалобами у больных старше 75 лет были: головная боль (98,4%); неустойчивость при ходьбе (98,4%); головокружение (96,8%); утомляемость (96,8%); метеочувствительность (82,8%); снижение памяти (98,4%) и настроения (62,5%); плохой сон (81,2%); шум

Таблица 1

Показатели памяти, внимания и лобной дисфункции у пациентов с ХИГМ старше 75 лет (M±m)

Показатель	Мужчины (n=21)	Женщины (n=43)	Всего (n=64)
MMSE, баллы	22,5±0,5	23,3±0,5	23,08±0,4
БТЛД, баллы	9,1±0,4	8,7±0,3	8,8±0,2
Проба Шульте, с	72,1±6,8	78,8±5,0	76,6±4,0
Тест рисования часов, баллы	7,1±0,4	6,3±0,2	6,6±0,2

в ушах (75,0%); тревога и раздражительность (56,2%). Женщины имели более выраженные головные боли, чем мужчины, а также большую эмоциональную окраску боли по данным болевого опросника Мак-Гилла ($p < 0,001$), что можно объяснить влиянием психосоциальных факторов, большей эмоциональностью женщин, различиями в восприятии боли [5, 6].

У всех больных наблюдалось большое количество соматических жалоб. Наиболее часто встречались кардиальные жалобы (53,1%) и жалобы со стороны опорно-двигательной системы (62,6%). Артериальная гипертензия выявлялась в 93,7% случаев, ишемическая болезнь сердца – более чем у 40%. Заболевания суставов диагностировались у 60,9% пациентов, патология позвоночника – у 85,9%, патология желудочно-кишечного тракта – у 39,1% (чаще – у женщин), заболевания мочевыделительной системы – у 29,7% (чаще – у мужчин), что можно связать с высокой распространенностью в данном возрасте аденомы предстательной железы [7]. Средние значения ИПМ составили $5,05 \pm 0,15$, что свидетельствовало о высокой соматической отягощенности пациентов с ХИГМ старше 75 лет.

Наиболее распространенными симптомами, выявляемыми при неврологическом осмотре, были нарушения координации, патологические рефлексы орального автоматизма, центральный парез лицевого нерва и слабость конвергенции.

Вегетативные нарушения симпатической направленности (учащенный пульс, повышение артериального давления и др.) определялись у всех обследованных, средний балл по результатам вегетативного опросника составил $38,5 \pm 1,3$, что свидетельствовало о выраженной вегетативной дисфункции.

Структура когнитивных нарушений (КН) характеризовалась полиморфизмом изменений. Средние баллы по данным использованных опросников представлены в табл. 1.

Для всех обследованных были характерны выраженная лобная дисфункция (<12 баллов по результатам БТЛД), выраженные нарушения внимания (>30 с при выполнении пробы Шульте) и нарушения зрительно-пространственных функций

(тест рисования часов). Пациентам, набравшим <5 баллов при выполнении теста рисования часов (20 человек), предлагалось выполнить повторно данный тест в готовом шаблоне циферблата; из них 11 человек улучшили свой результат на ≥ 2 балла. Таким образом, 85,9% обследованных имели КН сосудистого генеза. По результатам шкалы MMSE, у 45,3% больных имелись умеренные КН, у 35,9% – деменция легкой степени, у 10,9% – деменция умеренной степени, у 1,5% – тяжелая деменция. Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами по уровню КН не выявлено. Обследованные хуже справлялись с выполнением тестов на внимание и память по мере увеличения возраста и длительности заболевания ($p < 0,01$).

У 95,1% обследованных обнаружены выраженная тревога и депрессия (без статистических различий между мужчинами и женщинами). Астения диагностирована у всех обследованных на высоком уровне ($72,2 \pm 1,6$ балла); при этом наибольшие изменения определялись по субшкалам «Физическая астения» и «Пониженная активность»; различий в уровне астении в зависимости от пола не выявлено. Пациенты с высокими значениями ИПМ имели более выраженные депрессию, тревогу и астению ($p < 0,05$).

МРТ головного мозга проводилось 57 пациентам. Результаты представлены в табл. 2.

По данным МРТ, для всех обследованных характерно превышение возрастных норм по представленным показателям без статистических различий между мужчинами и женщинами (за исключением размера 4-го желудочка), что свидетельствовало о наличии у них выраженной церебральной атрофии и выраженного лейкоареоза (разрежение белого вещества головного мозга). Нормальные значения ИПР можно связать с менее выраженной лобной атрофией, которая более характерна для дегенеративных заболеваний [8, 9]. При корреляционном анализе установлено, что выраженность лейкоареоза увеличивалась с возрастом и коррелировала с показателями шкалы MMSE ($r = -0,5$; $p < 0,05$).

Таким образом, по данным проведенного исследования, клиничко-нейровизуализационными

Таблица 2

Относительные и линейные размеры желудочков мозга, выраженность лейкоареоза у пациентов с ХИГМ старше 75 лет (M±m)

Показатель	Мужчины (n=17)	Женщины (n=40)	Всего (n=57)	Возрастные нормы
ИТБЖ справа, %	37,8±0,3	38,6±0,2	38,4±0,2	22,6–26,0
ИТБЖ слева, %	38,7±0,4	38,9±0,2	38,8±0,2	22,6–26,0
ИПР, %	29,6±0,8	28,06±0,3	28,5±0,3	28,2–29,4
ВКИ 3, %	9,5±0,3	8,8±0,1	8,7±0,1	4,8
ВКИ 4, %	14,6±0,5	13,5±0,2	13,8±0,2	11,3-13,0
ПР справа, мм	9,7±0,7	8,3±0,3	8,7±0,3	6,3
ПР слева, мм	10,03±0,6	9,5±0,3	9,6±0,3	6,3
БЖ справа, мм	13,8±0,6	12,4±0,3	12,8±0,3	11,1
БЖ слева, мм	14,3±0,5	13,6±0,4	13,8±0,3	11,1
III желудочек, мм	11,8±0,4	11,8±0,2	11,8±0,2	4,3
IV желудочек, мм	15,9±0,7	14,3±0,3*	14,8±0,3	12-14
Лейкоареоз, баллы	2,7±0,1	3,1±0,1	3,0±0,09	-

Примечание. * – различия мужчин и женщин; p<0,05.

критериями ХИГМ, характерными для пациентов старше 75 лет, являются:

- наличие выраженных церебральных (головная боль, неустойчивость при ходьбе, головокружение, ухудшение памяти) и соматических жалоб (преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата);
- полиморбидность (вовлечение в патологический процесс нескольких органов и систем);
- при неврологическом осмотре – нарушения координации и двигательные расстройства умеренной степени выраженности;
- КН преимущественно сосудистого генеза в виде выраженных нарушений внимания и лобной дисфункции;
- высокая частота и выраженность эмоциональных нарушений – астении, тревоги, депрессии;
- выраженная вегетативная дисфункция симпатической направленности;
- выраженные церебральная атрофия и лейкоареоз по данным МРТ головного мозга.

Представленные критерии диагностики ХИГМ у лиц старше 75 лет позволят врачу и среднему медицинскому работнику руководствоваться ими при обследовании и наблюдении больных старше 75 лет, а также при выработке тактики лечения.

Литература

1. Левин О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ, 2012; 256.

2. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. М., 2001; 1: 231–302.

3. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность. Consiliummedicum. 2005; 7 (12): 993–6.

4. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. Journal of psychiatric research. 1975; 12 (3): 189–98.

5. Levensone, J.L. Images in Psychosomatic Medicine: The Clock-Drawing. Psychosomatics. 2005; 46 (1): 77–8.

6. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. ActaPsychiatricaScandinavica. 1983; 67 (6): 361–70.

7. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С.. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. М.: Медицина, 1997; 288.

8. Unruh A.M. Gender variations in clinical pain experience. Pain. 1996; 65 (2–3): 123–67.

9. Fillingim R.B. Sex, gender, and pain: women and men really are different. Curr Rev Pain. 2000; 4 (1): 24–30.

CLINICAL AND NEUROIMAGING CRITERIA FOR CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA IN PATIENTS OVER 75 YEARS OF AGE

V.N. Abramova; Prof. T.A. Slyusar, MD, S.L. Medvedeva, Cand. Med. Sci.

Tver State Medical University

4, Sovetskaya St., Tver 170100, Russian Federation

The paper presents the characteristic features of senile patients with chronic cerebral ischemia with regard to sexual dimorphism.

Key words: chronic cerebral ischemia, senile age, gender.

For reference: Abramova V.N., Slyusar T.A., Medvedeva S.L. Clinical and neuroimaging criteria for chronic cerebral ischemia in patients over 75 years of age. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21 (5): 16–18. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-05-05>