Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф.

Прокопенко С.В.

Преподаватель, асс.:

Субочева С.А.

РЕФЕРАТ

Когнитивные нарушения.

Выполнила: Малых С.А.

Проверила: Субочева С.А.

Красноярск 2018

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Краткая классификация.....	4
3. Когнитивные функции.....	5
4. Синдромы когнитивных нарушений.....	6
5. Обследование пациентов с когнитивными нарушениями.....	9
6. Список литературы.....	12

1. Введение.

В конце XX в. возрос интерес к проблеме когнитивных нарушений. С одной стороны, актуальность проблемы обусловлена открытием патогенетических механизмов нарушения когнитивных функций и выдвижением новых подходов по восстановлению нейронов головного мозга, с другой — увеличением доли людей старшего возраста среди населения и резким повышением выживаемости пациентов с инфарктом миокарда и инсультом. Поскольку когнитивные функции связаны с интегративной работой головного мозга в целом, когнитивная недостаточность закономерно развивается при самых разнообразных очаговых и диффузных поражениях головного мозга. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 20 млн. человек в мире страдают деменцией и когнитивными нарушениями, и этот показатель неуклонно растёт как среди лиц старческого возраста, так и среди трудоспособного населения. Проблема сохранения и восстановления когнитивных функций становится междисциплинарной и одной из глобальных в современной медицине.

Заболевания сердечно-сосудистой системы рассматриваются в качестве факторов риска не только сосудистой, но и первичной дегенеративной деменции. Перенесённый инсульт и/или транзиторные нарушения мозгового кровообращения, мерцательная аритмия, атеросклеротический стеноз магистральных артерий головы, артериальная гипертензия, так же как и неадекватная коррекция последней увеличивают риск развития когнитивных нарушений.

Неблагоприятный наследственный анамнез также является фактором риска развития когнитивных нарушений и деменции в пожилом возрасте. Особенно велик риск развития деменции, если в семье есть родственники, страдающие нейродегенеративными заболеваниями (в частности, в возрасте до 60 лет). Повышает вероятность развития когнитивных расстройств наличие дисметаболических нарушений: заболеваний щитовидной железы, печени, почек, сахарного диабета, дефицита витамина В12, фолиевой кислоты, повышенного уровня гомоцистеина, а также интоксикаций (алкоголизм, наркомания, отравления тяжёлыми металлами). Однако при этом когнитивная патология считается потенциально обратимой.

Когнитивное расстройство может быть результатом нежелательного действия лекарственных препаратов (холинолитики, трициклические антидепрессанты, некоторые гипотензивные, нейролептики, бензодиазепины). Депрессия или хронический стресс

приводят к потере синапсов и даже объёма головного мозга, вызывая аффективные и когнитивные нарушения.

Депрессия может усугублять имеющиеся когнитивные нарушения или сама по себе быть их причиной (так называемая псевдодеменция). Травматические повреждения головного мозга являются частой причиной деменции у лиц моложе 50 лет. Предикторами когнитивных расстройств также являются нормотензивная гидроцефалия, нарушение абсорбции ликвора и артериальная гипертензия, субарахноидальное кровоизлияние, нейроинфекции, паранеопластический лимбический энцефалит, рассеянный склероз. Предлагается даже особый термин для обозначения когнитивных нарушений при рассеянном склерозе — «субкортикальная деменция вследствие разобщения» (англ. — *subcortical dysconnection dementia*).

На сегодняшний день отсутствует единая стандартизированная терапия когнитивных расстройств. Выбор основной стратегии терапии зависит от степени выраженности дисфункции и профиля переносимости препаратов. Между тем задачи лечения лёгких и умеренных когнитивных расстройств церебрально–сосудистого генеза уже давно перешли в разряд наиболее актуальных и составляют повседневное содержание деятельности как неврологов и психиатров, так и врачей общей практики.

2. Краткая классификация.

Клиническая картина деменции складывается из когнитивных, поведенческих, эмоциональных расстройств и нарушений повседневной деятельности, при этом основным симптомом являются когнитивные нарушения.

В соответствии с классификацией, предложенной академиком Н.Н. Яхно (2005), выделяют 3 степени когнитивных нарушений:

1. Лёгкая степень. Минимальный когнитивный дефицит: больной полностью ориентирован, хорошо выполняет психологические тесты, определяющие состояние оперативной памяти, контролирует своё поведение и эмоции, легко выполняет 2–3 сложные инструкции, но вместе с тем у него отмечается определённое снижение концентрации внимания, умственной работоспособности, запоминания нового материала.

2. Умеренная степень. Больной периодически путается во времени и пространстве; отмечается умеренное снижение оперативной памяти, при выполнении двусложных инструкций допускает ошибки.

3. Выраженная степень — деменция: отмечаются разной степени нарушения памяти и интеллекта в сочетании с разной степенью социальной дезадаптации. Согласно МКБ-10, деменция представляет собой приобретённые нарушения памяти и других когнитивных функций, которые оказывают клинически значимое влияние на поведение и повседневную активность пациентов. Условиями диагностики деменции являются наличие органического поражения головного мозга, которое лежит в основе нарушений, ухудшение когнитивных способностей по сравнению с более высоким уровнем в прошлом, наличие когнитивных нарушений на фоне ясного сознания, стойкость когнитивного дефекта во времени (при длительности симптомов не менее 6 месяцев). До этого срока диагноз может быть сформулирован как предположительный.

3. Когнитивные функции.

Когнитивные функции – наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется рациональное познание мира и взаимодействие с ним.

К когнитивным (познавательным) функциям относят:

- внимание — способность поддерживать необходимый для познания уровень психической активности;
- восприятие — способность строить на основе информации, поступающей от органов чувств, целостные образы и представления;
- гнозис — способность опознавать формируемые образы и относить их к категориям разума;
- память — способность запечатлевать, сохранять и воспроизводить полученную информацию;
- интеллект - способность производить действия с усвоенной информацией (анализировать, сопоставлять, оценивать, обобщать, использовать для решения задач);
- речь — способность общаться с использованием символической знаковой системы (языка);
- праксис — способность формировать и включать в деятельность двигательные навыки, а также строить, заучивать и автоматизировать последовательности движений.

Все перечисленные ниже способности связаны с деятельностью головного мозга, а также зависят от общего состояния организма. Поэтому при нарушениях развития мозга,

при его повреждениях, при сбоях в его работе, вызываемых воздействием иных заболеваний или сильных эмоциональных состояний, качество когнитивных функций снижается по сравнению с исходными личными показателями человека и/или по сравнению со средними возрастными показателями для представителей его группы. Заметное снижение качества называют когнитивными расстройствами.

4. Синдромы когнитивных нарушений.

Очаговое поражение головного мозга приводит к нарушению одной или нескольких когнитивных функций, в основе которых лежит единый патогенетический механизм. Такого рода когнитивные нарушения характерны для последствий инсульта, ушиба мозга или развиваются при опухоли мозга. Однако при наиболее распространённых неврологических заболеваниях поражение головного мозга не ограничивается одним очагом, но носит многоочаговый или диффузный характер. В таких случаях развивается нарушение нескольких или всех когнитивных функций, и можно проследить несколько патогенетических механизмов формирования нарушений. Когнитивные нарушения при многоочаговом или диффузном поражении головного мозга принято классифицировать по тяжести нарушений.

Наиболее тяжелым видом расстройств подобного рода является деменция. Условиями диагностики деменции является ясное сознание пациента и наличие установленного органического заболевания головного мозга, которое является причиной когнитивных нарушений. Деменция наиболее часто отмечается в пожилом возрасте, при этом самой распространённой причиной деменции является болезнь Альцгеймера (БА). БА представляет собой дегенеративное заболевание головного мозга, связанное с прогрессирующей гибелью ацетилхолинергических нейронов. Обычно это заболевание начинается после 65 лет. Первым и основным симптомом БА является прогрессирующая забывчивость на события жизни. В дальнейшем к мнестическим расстройствам присоединяются нарушения пространственной ориентировки и речи. На развёрнутых стадиях БА утрачивается самостоятельность пациентов, возникает необходимость в посторонней помощи. При БА избирательно страдают те отделы головного мозга, которые находятся в непосредственной связи с когнитивными процессами. Напротив, первичные моторные и сенсорные корковые поля остаются относительно интактными, по крайней мере, на стадиях лёгкой и умеренной деменции, поэтому БА характеризуется избирательным страданием когнитивных функций. Очаговая неврологическая симптоматика, такая как парезы и параличи, расстройства чувствительности, нарушения

координации движений, почти всегда отсутствует. Наличие очаговых неврологических симптомов в сочетании с лёгкой или умеренной деменцией свидетельствует против диагноза БА или говорит о сочетании этого заболевания с другой патологией головного мозга, чаще всего сосудистой.

Сосудистая мозговая недостаточность является второй после БА причиной деменции в пожилом возрасте. При этом непосредственной причиной поражения головного мозга являются повторные инсульты, хроническая ишемия мозга или, чаще всего, сочетание повторных острых нарушений и хронической недостаточности мозгового кровообращения. Клиническая картина сосудистой деменции значительно отличается от БА, при этом нарушения памяти на события жизни относительно не выражены, а на первый план клинической картины выходят интеллектуальные расстройства. Пациенты испытывают трудности при обобщениях, выявлении сходств и различий между понятиями, развивается значительная замедленность мышления и снижение концентрации внимания. В отличие от БА, сосудистая деменция практически всегда характеризуется сочетанием когнитивных нарушений и очаговых неврологических симптомов, при этом формируется синдром дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). Наиболее типичными проявлениями ДЭ являются псевдобульбарный синдром, гипокинезия, повышение мышечного тонуса по пластическому типу, асимметричное повышение сухожильных рефлексов, нарушение походки, тазовые расстройства. Отсутствие указанных очаговых неврологических нарушений делает диагноз сосудистой деменции весьма сомнительным.

Важное значение в дифференциальной диагностике БА и сосудистой деменции имеет нейровизуализация – компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга. При БА патологические изменения при нейровизуализации могут отсутствовать или представляют собой церебральную атрофию, наиболее выраженную в области гиппокампа. Напротив, сосудистая деменция характеризуется значительными изменениями при нейровизуализации в виде инфарктов мозга и диффузного разрежения плотности белого вещества (так называемый лейкоареоз). БА и сосудистая деменция имеют общие факторы риска, такие как пожилой возраст, артериальная гипертензия и атеросклероз церебральных сосудов, носительство гена АПОЕ4 и некоторые другие, поэтому очень часто БА и сосудистая мозговая недостаточность сосуществуют. Клинико-морфологические сопоставления свидетельствуют, что почти в половине случаев БА имеются инфаркты мозга и лейкоареоз. С другой стороны, у 77 % пожилых пациентов с прижизненным диагнозом БА выявляются морфологические признаки сопутствующего нейродегенеративного процесса.

В таких случаях принято говорить о смешанной (сосудисто-дегенеративной) этиологии деменции. Многие авторы предполагают, что распространённость смешанной деменции превосходит распространённость «чистой» БА или «чистой» сосудистой деменции.

Помимо БА, сосудистой и смешанной деменции, причинами тяжёлых когнитивных нарушений могут быть другие дегенеративные заболевания головного мозга, черепно-мозговая травма, опухоли мозга, нарушения всасывания спинномозговой жидкости из желудочков (так называемая артеробитивная гидроцефалия), нейроинфекция, дисметаболические нарушения и т. д. В литературе упоминается несколько десятков нозологических форм, которые могут приводить к деменции. Однако распространённость данных заболеваний несопоставима с распространённостью БА, сосудистой и смешанной деменции. Три последние указанные нозологические формы отвечают, по данным статистики, за 70-80 % деменций в пожилом возрасте.

Деменция представляет собой наиболее тяжёлые когнитивные нарушения. В подавляющем большинстве случаев деменция развивается постепенно, при этом тяжёлым когнитивным нарушениям препятствуют менее выраженные расстройства. В 1997 г. американский невролог R. Petersen предложил использовать термин «умеренные когнитивные нарушения» (англ. *mild cognitive impairment*, MCI) для обозначения когнитивных нарушений на преддементных стадиях органического поражения головного мозга. Умеренные когнитивные нарушения (УКН) представляют собой недостаточность одной или нескольких когнитивных функций, выходящих за пределы возрастной нормы, но не ограничивающих повседневную активность, т. е. не вызывающих деменции. УКН является клинически очерченным синдромом. При нём когнитивные расстройства вызывают беспокойства самого пациента и обращают на себя внимание окружающих. Диагноз УКН подтверждается данными нейропсихологических методов исследования, которые выявляют более выраженное снижение когнитивных функций, чем допустимое по возрасту. Согласно эпидемиологическим данным, синдром УКН отмечается у 10-15 % пожилых лиц. Риск развития деменции в данной категории пожилого населения значительно превосходит среднестатистический риск (10-15 % в год по сравнению с 1-2 %). Долговременные наблюдения свидетельствуют, что в течение пяти лет у 55-70 % пациентов с УКН развивается деменция. Причины синдрома УКН повторяют причины деменции в пожилом возрасте. Чаще всего причиной УКН является нейродегенеративный процесс, сосудистая мозговая недостаточность или их сочетание.

Чаще всего ЛКН проявляется снижением концентрации внимания и нарушениями кратковременной памяти. Несмотря на незначительную выраженность, данные когнитивные нарушения могут вызывать беспокойство пациента и снижение качества жизни. В патогенезе ЛКН у пожилых лиц немаловажную роль играют собственно возрастные изменения. Известно, что, в среднем по статистике, когнитивные способности человека постепенно снижаются начиная с 20-30-летнего возраста. В 1994 г. всемирная психогериатрическая лига предложила использовать специальную диагностическую позицию – связанное со старением когнитивное снижение (англ. aging associated cognitive decline, AACD) – для обозначения лёгких, по преимуществу возрастных нарушений когнитивных функций у пожилых лиц. Однако на практике разграничить естественное возрастное когнитивное снижение и когнитивные расстройства, связанные с самыми ранними проявлениями сосудистых и дегенеративных заболеваний головного мозга, весьма затруднительно.

5. Обследование пациентов с когнитивными нарушениями.

Жалобы на снижение памяти или уменьшение умственной работоспособности являются основанием для проведения нейропсихологического обследования. При этом такие жалобы могут исходить как от самого пациента, так и от его родственников или ближайшего окружения. Последнее является более надёжным диагностическим признаком, так как самооценка пациентом состояния своих когнитивных функций не всегда объективна. В рутинной клинической практике нейропсихологическое исследование может быть ограничено простыми скрининговыми шкалами, такими как краткая шкала оценки психического статуса. Применение сложных тестов, увеличивая чувствительность метода, приводит к уменьшению специфичности полученных результатов, так как их выполнение в большой степени зависит от возраста и уровня образования больного. Однако примерно у половины пациентов с активными жалобами на снижение памяти применение простых скрининговых шкал не подтверждает наличия когнитивных нарушений.

Самой частой причиной субъективных жалоб на снижение памяти при отсутствии объективного подтверждения являются эмоциональные расстройства в виде повышенной тревожности или снижения фона настроения. Поэтому всем пациентам с жалобами на снижение памяти следует тщательно оценивать эмоциональную сферу. Особенно велика вероятность депрессии при жалобах на снижение памяти у лиц молодого или среднего возраста. Другой причиной отсутствия объективного подтверждения когнитивных

нарушений при активных жалобах на память является недостаточная чувствительность скрининговых нейропсихологических шкал. Поэтому, помимо оценки и медикаментозной коррекции эмоционального состояния, в таких случаях целесообразно динамическое наблюдение за пациентом и повторные клинико-психологические исследования с интервалом в три-шесть месяцев.

При наличии объективного подтверждения когнитивных нарушений следует постараться установить их причину, т. е. нозологический диагноз. При этом нужно иметь в виду, что когнитивные расстройства не всегда являются проявлением первичного заболевания головного мозга. Не так редко деменция или менее тяжёлые нарушения возникают в результате системных дисметаболических расстройств, которые, в свою очередь, являются осложнением различных эндокринных или соматических заболеваний. Чаще всего когнитивные расстройства дисметаболической природы связаны с гипотиреозом, заболеваниями печени или почек, дефицитом витамина В12 или фолиевой кислоты. Поэтому выявление деменции или менее тяжёлых когнитивных нарушений требует всесторонней оценки состояния здоровья пациента и лечения сопутствующих соматических и эндокринных заболеваний.

Важное значение имеет также оптимизация проводимой медикаментозной терапии. Следует помнить, что многие лекарственные средства, особенно психотропного действия, оказывают отрицательное влияние на память и другие когнитивные способности. Наиболее неблагоприятное действие на когнитивные функции оказывают холинолитики, трициклические антидепрессанты, нейролептики и бензодиазепины. От этих препаратов следует, по возможности, воздерживаться, особенно лицам пожилого возраста. Недопустимо также злоупотребление алкоголем.

Важно исследовать не только соматический статус пациента, но и его эмоциональное состояние. Эмоциональные расстройства тревожно-депрессивного ряда могут обуславливать субъективные когнитивные расстройства. Однако тяжёлая депрессия может вызывать также и объективные нарушения когнитивных функций и даже имитировать деменцию (так называемая псевдодеменция). При подозрении на наличие депрессии у пожилого человека допустимо назначение антидепрессантов *ex juvantibus*, при этом следует использовать антидепрессанты с минимальным холинолитическим эффектом, например селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Наличие когнитивных нарушений, безусловно, требует исследования неврологического статуса и проведение компьютерной рентгеновской или магнитно-

резонансной томографии (МРТ) головного мозга. В целом, нозологический диагноз базируется на особенностях когнитивных расстройств, характере сопутствующей очаговой неврологической симптоматики и данных нейровизуализации. Так, преобладание в клинической картине нарушений памяти, отсутствие очаговой неврологической симптоматики и атрофия гиппокампа на МРТ характерны для БА. Относительная сохранность памяти на события жизни, выраженная неврологическая симптоматика и инфаркты мозга на МРТ свидетельствуют о сосудистой этиологии когнитивных нарушений. Сочетание указанных выше клинических признаков может указывать на смешанные (сосудисто-дегенеративные) когнитивные расстройства. Более редкие причины когнитивных расстройств имеют специфические нейропсихологические и неврологические особенности, которые в большинстве случаев позволяют правильно поставить диагноз.

Список литературы:

1. Яхно Н. Н., Лавров А. Ю. Изменения центральной нервной системы при старении // Нейродегенеративные болезни и старение (руководство для врачей) / под ред. И.А. Завалишина, Н.Н. Яхно, С.И. Гавриловой. М., 2001. С. 242-261.
2. Болезни нервной системы: В 2-х т. – Т.1 / Под ред. Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульмана. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: Медицина, 2001. – С.170-178.
3. Национальное руководство по неврологии / гл. ред.: Е. И. Гусев [и др.] ; Ассоц. мед. о-в по качеству, АСМОК, Всероссийское о-во неврологов – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Неврология: справочник практического врача / О.С.Левин, Д.Р. Штульман. – 10-е изд. – М.:МЕДпресс-информ, 2016. – С.178-183.
5. Л.Г. Гимоян, Г.Г. Силванян / Нарушение когнитивных функций: актуальность, проблемы, факторы риска, возможности профилактики и лечения / Архив внутренней медицины № 2 (10) / - 2013. – С.35-40.