

Материалы и методы. У 122 пациентов в возрасте 45–59 лет ($n = 62$) и 60–74 лет ($n = 60$) с БП 2,0–3,0 стадии по Hoehn–Yahr оценивали выраженность различных НМС с использованием шкал Non-Motor Symptoms Scale (NMSS), депрессии Бека, сонливости Элфорта (ESS), вегетативных расстройств Вейна, MMSE, MoCA, FAB и шкалы тревоги Спилбергера–Ханина. Статистическую оценку отличий между независимыми выборками проводили при помощи критерия Манна–Уитни, для корреляционного анализа использовали коэффициент Спирмена. В качестве значимых рассматривали отличия, для которых $p < 0,05$.

Результаты. НМС являются фактически неотъемлемой частью клинической картины БП. Менее 3 % обследованных отмечали их полное отсутствие, тогда как НМС тяжелой и очень тяжелой степени были выявлены по результатам NMSS у 53 % лиц среднего и у 62 % пожилого возраста. Выраженность НМС не зависела от пола пациентов, однако возрастала в более поздних стадиях БП ($50,3 \pm 5,3$ до $70,6 \pm 5,7$ балла по шкале NMSS; $p < 0,05$). По результатам корреляционного анализа установлено, что наибольшая степень связи с общим баллом НМС по NMSS характерна для эмоциональных расстройств: по шкале Бека коэффициент корреляции (kk) составил 0,62 ($p < 0,05$), уровня тревожности — 0,57 ($p < 0,05$), вегетативных расстройств — 0,5 ($p < 0,05$) и субшкал UPDRS I и II — 0,55 и 0,46 соответственно ($p < 0,05$). В то же время результаты всех трех тестов, использованных для оценки когнитивных нарушений, были очень слабо связаны с суммарным баллом NMSS ($kk = 0,28–0,3$; $p < 0,05$), что может указывать на относительно низкую чувствительность NMSS для оценки когнитивных нарушений и необходимость дополнительного проведения специализированных тестов. Степень выраженности когнитивных нарушений может быть связана с другими немоторными проявлениями. Так, в группе пациентов среднего возраста с более низкими показателями когнитивных функций наблюдалось повышение показателей “утомляемость” ($3,9 \pm 0,6$ и $6,4 \pm 1,0$; $p < 0,05$) и “констипация” ($2,4 \pm 0,5$ и $4,9 \pm 1,1$; $p < 0,05$) по шкале NMSS. В группе пациентов пожилого возраста когнитивные нарушения сопровождались нарушениями мочеиспускания — никтурией ($1,0 \pm 0,5$ и $4,4 \pm 0,9$; $p < 0,05$) и императивными позывами к мочеиспусканию ($1,3 \pm 0,6$ и $5,9 \pm 0,7$; $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с БП распространены НМС, выраженность которых увеличивается в процессе прогрессирования заболевания. Информативным инструментом общей оценки НМС является шкала Non-Motor Symptoms Scale (NMSS), однако она имеет относительно низкую чувствительность в определении когнитивного статуса в связи с субъективной оценкой своего состояния. Учитывая все вышесказанное, для оценки когнитивных функций целесообразным является комбинированное применение специализированных шкал, таких как MMSE, MoCA, FAB и NMSS.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ Р300 ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТОВ РИВАСТИГМИНА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

С. А. Крижановский, О. В. Крицкая, Н. В. Карасевич, И. Н. Карабань

ГУ “Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины”, Киев

Нейродегенеративные процессы, лежащие в основе болезней Паркинсона и Альцгеймера, приводят к развитию холинергического дефицита в мозге, что является одной из наиболее важных причин возникновения деменции. В ряде исследований были подтверждены положительные эффекты ингибиторов холинэстеразы и, в частности, ривастигмина на поведенческие и психиатрические симптомы болезней Альцгеймера и Паркинсона. На данный момент препараты этой группы являются единственными рекомендованными для применения при деменции, развивающейся на фоне болезни Паркинсона.

Цель — оценка эффектов влияния курсового приема ривастигмина на электрофизиологические характеристики когнитивных функций.

Материалы и методы. Обследованы 13 пациентов с болезнью Паркинсона (60–74 года, 2,5–3,0 по Hoehn–Yahr) с умеренными когнитивными нарушениями ($n = 6$) и деменцией ($n = 7$). Для оценки выраженности когнитивных нарушений использовали шкалы Montreal Cognitive Assessment (MoCA) и Mini-mental state examination (MMSE). Когнитивные вызванные потенциалы регистрировали с применением парадигмы случайно возникающего события. Обследование проводили до и после курса приема ривастигмина в дозе 3–6 мг/сут на протяжении 12 нед. Статистический анализ изменений выполняли при помощи критерия Уилкоксона. В качестве значимых рассматривали отличия, для которых $p < 0,05$.

Результаты. После курсового применения ривастигмина отмечено значимое улучшение состояния когнитивных функций: по шкале MMSE — с $24 \pm 3,3$ до $26,5 \pm 2,5$ балла ($p < 0,05$) и по шкале MoCA — с $19 \pm 4,7$ до $22,7 \pm 3,9$ балла ($p < 0,01$). Амплитуда пика P3 возрастала в центральных областях неокортекса в среднем на 20 % (с $6,3 \pm 2,5$ до $7,8 \pm 2,5$ мкВ; $p < 0,05$). Кроме того, обнаружено увеличение длительности комплекса N2-P3 с $107,5 \pm 95,5$ до $141,1 \pm 101$ мс ($p < 0,05$). Поскольку как естественное старение, так и различные когнитивные нарушения сопровождаются прогрессирующим снижением амплитуды пика P300, можно предположить, что применение данного препарата в определенной степени компенсирует патологические изменения, лежащие в их основе.

Выводы. Ривастигмин оказывает положительное действие на активность нейрональных сетей, ответственных за реализацию когнитивных функций.

ПОЛУШАРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ НООТРОПНЫХ И АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦНС У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

В. В. Кузнецов, В. Н. Бульчак, Т. В. Зазгарская

ГУ «Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины», Киев

В современной практике восстановительного лечения пациентов с последствиями мозгового инсульта широко используются различные ноотропные и антиоксидантные препараты. Функционально-биохимическая асимметрия мозга, наличие полушарных особенностей течения инсульта и формирования постинсультного состояния определили **цель** работы — изучить влияние ноотропных и антиоксидантных препаратов на функциональное состояние ЦНС у больных с ишемическим инсультом с учетом полушарной локализации очага.

Материалы и методы. Обследованы 112 больных пожилого возраста ($67,3 \pm 2,8$ года), перенесших атеротромботический ишемический инсульт в сосудах каротидного бассейна. Анализировали влияние кортексина (10 мг внутримышечно один раз в день в течение 10 дней), мексидола (200 мг в/в капельно один раз в день в течение 10 дней) и энтропа (по 100 мг два раза в день в течение 1 мес) на уровень депрессивности, память, церебральную гемодинамику (EN VISOR (Philips)) и биоэлектрическую активность головного мозга (16-канальный электроэнцефалограф NIHON KOHDEN).

Результаты. Анализ влияния курсового применения антиоксидантных (мексидол) и ноотропных (кортексин, энтроп) препаратов на функциональное состояние ЦНС у больных, перенесших ишемический инсульт, показал наличие полушарных особенностей их действия. У больных с правополушарным инсультом после приема кортексина статистически достоверно снизился уровень депрессивности; под влиянием кортексина и мексидола активизировалась память (у больных с локализацией ишемического очага в левом полушарии — соответственно под влиянием энтропа). Отмечено улучшение церебральной гемодинамики и гармонизация биоэлектрической активности головного мозга как в пораженном, так и в интактном полушарии. У больных с левополушарным инсультом изменение церебральной гемодинамики было более выраженным под влиянием энтропа и мексидола, у больных с правополушарным — под влиянием кортексина. Процесс реорганизации биоэлектрической активности головного мозга более активно происходил у больных с левополушарным инсультом под влиянием мексидола, а у больных с правополушарным — энтропа.

Вывод. При назначении ноотропных и антиоксидантных препаратов после ишемического инсульта следует учитывать полушарные особенности их влияния на эмоционально-мнестические функции, церебральную гемодинамику и биоэлектрическую активность головного мозга, что будет способствовать повышению эффективности процессов реабилитации больных, перенесших инсульт.