

© Литвиненко Н.В., Пінчук В.А., Силенко Г.Я., Блажівська Ю.В., Бордюг Ю.О.

## КОГНІТИВНИЙ ПРОФІЛЬ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Литвиненко Н.В., Пінчук В.А., Силенко Г.Я., Блажівська Ю.В., Бордюг Ю.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Одной из самых актуальных проблем современной клинической неврологии есть проблема изучения рассеянного склероза (РС). Согласно литературных источников, отмечается рост заболеваемости на РС, болеют люди молодого, работоспособного возраста, социально активные, что обуславливает актуальность данной проблемы. Известно, что очаговые неврологические изменения существенно влияют на работоспособность, социальную адаптацию, качество жизни пациентов, и не меньшее внимание заслуживает состояние высших корковых функций. Кроме того, определение нейропсихологического дефицита особенно необходимо не только в социальном аспекте для адаптации пациентов, но и для проведения оптимального патогенетического лечения с использованием превентивной иммунномодулирующей терапии, которая нуждается в соблюдении соответствующего режима введения. С целью изучения когнитивных функций было обследовано 75 пациентов с разным типом течения рассеянного склероза и в разные стадии заболевания. Полученные данные указывали на наличие деменции легкой, или умеренной степени у всех пациентов, но когнитивные нарушения преобладали у пациентов с вторично-прогрессирующим течением. В стадии обострения обнаружили более выраженные изменения у пациентов обоих полов в сравнении с ремиссией, при этом расстройства высших мозговых функций преобладали у женщин. Обнаруженные расстройства высших мозговых функций свидетельствуют о необходимости не только неврологического, но и комплексного, нейропсихологического обследования пациентов с целью назначения адекватной патогенетической терапии с учетом его когнитивного статуса.

Ключевые слова: рассеянный склероз, когнитивные дисфункции, течение заболевания.

### Актуальність теми

Однією з найактуальніших проблем сучасної клінічної неврології є проблема вивчення розсіяного склерозу (РС). Згідно літературних джерел, відмічається зростання захворюваності на РС, хворіють люди молодого, працездатного віку, соціально активні [1,2], що обумовлює актуальність даної проблеми.

Відомо, що вогнищеві неврологічні зміни суттєво впливають на працездатність, соціальну адаптацію, якість життя пацієнтів, та не меншу увагу заслуговує стан вищих коркових функцій. Вираженість когнитивних розладів може змінюватися в часі, проявляється вже при клінічно ізольованому синдромі, дебюті РС, проте чітких кореляційних зв'язків з наростанням клінічного дефіциту на даний час не існує [3], хоча за даними М.Р.Амато (2010) когнітивний дефіцит наростає при різних типах перебігу РС: при клінічно-ізольованому синдромі - у 27% обстежених; при ремітуючо - рецидивуючому РС - у 40%; при вторинно - прогресуючому - у 83%; при первинно-прогресивному - у 56% [4].

Крім того, визначення нейропсихологічного дефіциту особливо необхідно не тільки в соціальному аспекті для адаптації пацієнтів, але й для проведення оптимального патогенетичного лікування із використанням превентивної імунномодулюючої терапії, яка потребує дотримання відповідного режиму введення [5].

Метою дослідження стало вивчення когнітивного профілю пацієнтів із розсіяним склерозом в залежності від типу перебігу та статі.

### Матеріал та методи дослідження

Проведено комплексне неврологічне та нейропсихологічне дослідження 75 пацієнтів із розсіяним склерозом, група включала 35 жінок та 40 чоловіків, середній вік складав -  $40,2 \pm 1,48$  років. У віковій категорії переважали пацієнти 31-40 років. Більшість осіб мали середню спеціальну освіту - 50,7 %, вищу - 30,7%, неповну вищу - 10,7 % і середню - 8 % (рис.1).

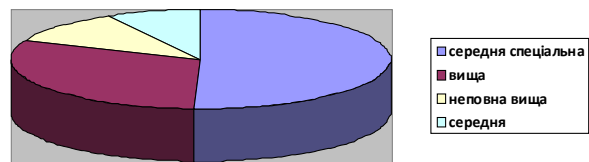


Рисунок 1. Розподіл пацієнтів в залежності від освіти

Дослідження проводилося у осіб з різними типами перебігу, які були

розподілені на 4 групи: ремітуючо-рецидивуючий перебіг розсіяного склерозу (РРРС) - 25 осіб - 1 група, вторинно-прогресуючий перебіг розсіяного склерозу (ВРРС) - 21 особа - 2 група, первинно-прогресуючий перебіг (ПРРС) - 15 осіб - 3 група, клінічно - ізольований синдром (КІС) - 14 осіб - 4 група (рис.2).

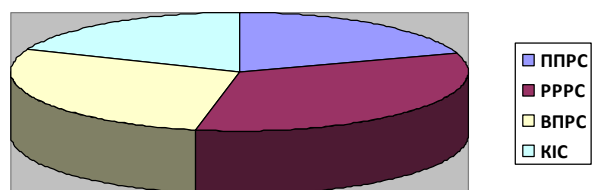


Рисунок 2. Розподіл пацієнтів в залежності від перебігу розсіяного склерозу

Крім того, у 60 пацієнтів діагностувалася стадія загострення, у 15 — стадія ремісії. Пацієнти з активною демієлінізацією були об'єднані в одну групу. Контрольна група включала 15 здорових осіб відповідного віку та статі.

Оцінку неврологічного дефіциту проводили з використанням розширеної шкали інвалідизації - EDSS (Expanded Disability Status Skale). Середній бал за даною шкалою склав  $4,28 \pm 0,122$ .

Для об'єктивізації стану когнитивних функцій у всіх пацієнтів використовували шкалу MMSE та Монреальську шкалу, яка оцінює різні когнитивні сфери: ува-

гу, пам'ять, мову, зорові та конструктивні навички, абстрактне мислення, рахування та орієнтацію. Властивості уваги та динаміку працездатності визначали за допомогою таблиць Шульте та коректурної проби [6].

Для статистичної обробки отриманих даних використовували пакет прикладних програм на персональному комп'ютері. Вірогідність розбіжностей між порівнювальними групами оцінювалася за критеріями Стюдента. Статистично вірогідними визнали розбіжності при рівні значимості  $p < 0,05$ .

### Результати та їх обговорення

Проведене дослідження показало, що вираженість когнітивних розладів у пацієнтів залежить від перебігу розсіяного склерозу.

За шкалою MMSE у всіх пацієнтів із розсіяним склерозом діагностували когнітивну дисфункцію різного ступеню від 19 до 22 балів: пацієнти 2 групи мали найнижчий середній бал ( $19,3 \pm 0$ ), що відповідало помірній деменції; у пацієнтів інших груп виявили помірну когнітивну недостатність та легку деменцію. Найбільш високий бал показали пацієнти із первинно

прогресуючим перебігом захворювання ( $22,5 \pm 0,2$ ;  $p < 0,05$ ). Міжгрупові відмінності були статистично вірогідними ( $p < 0,05$ ) (таблиця 1).

За Монреальською шкалою у пацієнтів також виявили когнітивний дефіцит із варіацією балів від 20 до 23, при цьому низький середній бал був у пацієнтів 2 групи ( $20,4 \pm 0,1$ ) та вірогідно вищий середній бал ( $23,3 \pm 0,2$ ) у пацієнтів 3 групи (таблиця 1).

За допомогою таблиць Шульте (ступінь впрацьованості) найкращі результати показали пацієнти 1 та 4 груп (середній бал  $1,4 \pm 0,1$  та  $1,4 \pm 0,2$  відповідно), але в порівнянні з контрольною групою (середній бал  $0,7 \pm 0,4$ ), таким пацієнтам необхідно в 2 рази більша підготовка до основної роботи.

Пацієнтам 3 групи потрібен ще більший час для впрацьованості (середній бал  $1,6 \pm 0,1$ ). Психічна стійкість (виносливність) до завдання у пацієнтів 1 та 3 груп була вірогідно зменшена в порівнянні з контрольною групою ( $1,2 \pm 0,3$ ;  $1,4 \pm 0,2$  та  $0,6 \pm 0,2$  балів відповідно) (таблиця 1).

Таблиця 1  
Результати дослідження когнітивних функцій у пацієнтів із розсіяним склерозом в залежності від перебігу

Методика	Статистичний показник	Контрольна група (n-15)	1 група (n-15)	2 група (n =21)	3 група (n -25)	4 група (n =14)
MMSE бали	M ± m	29,6 ± 0,4	20,5±0,1	19,3 ±0,2	22,5 ± 0,2	21,4 ± 0,1
	p1		<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
	p2			<0,05	<0,05	<0,05
	p3				<0,05	<0,05
Монреальська шкала бали	M ± m	29,7 ± 0,6	21,3±0,2	20,4 ±0,1	23,3 ± 0,2	22,5 ± 0,4
	p1		<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
	p2			<0,05	<0,05	<0,05
	p4				<0,05	>0,05 <0,05
Ступінь впрацьованості за таблицями Шульте бали	M ± m	0,7 ± 0,4	1,4 ±0,1	1,5 ±0,3	1,6 ±0,1	1,4 ±0,2
	P1		<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
	p2			>0,05	>0,05	>0,05
	P3				>0,05	>0,05
Психічна стійкість за таблицями	M ± m	0,6 ± 0,2	1,2 ±0,3	1,4 ±0,4	1,4 ±0,2	1,1 ±0,3
	p1		<0,05	<0,05	<0,05	>0,05
Шульте бали	P3				>0,05	>0,05
	p4					>0,05

Примітка: p1 - достовірність різниці між контрольною групою та 1,2,3,4 групами;

p2 - достовірність різниці між 1 групою та 2,3,4 групами;

p3 - достовірність різниці між 2 групою та 3,4 групами;

p4 - достовірність різниці між 3 та 4 групами.

При дослідженні когнітивних функцій в залежності від статі пацієнтів та стадії розсіяного склерозу за шкалою MMSE та Монреальською шкалою виявлено статистично вірогідну помірну когнітивну недостатність як у чоловіків, так і у жінок, як в активну стадію, так і в стадію ремісії в порівнянні з контрольною групою (таблиця 2). Показники Монреальської шкали свідчили про статистично вірогідне зниження балу в стадію загострення у чоловіків (з  $21,4 \pm 0,2$  до

$20,2 \pm 0,3$  балів). Пацієнти жіночої статі мали вірогідно нижчий бал в активну стадію в порівнянні з чоловіками за даними обох методик (таблиця 2).

За даними таблиць Шульте психічна стійкість та ступінь впрацьованості пацієнтів в різні стадії перебігу захворювання вірогідно відрізнялися від показників контрольної групи, але вірогідних відмінностей між чоловіками та жінками в різні стадії захворювання не виявлено (таблиця 2).

Таблиця 2  
Результати дослідження когнітивних функцій у пацієнтів із розсіяним склерозом в залежності від стадії

Мето дика	Стат. показник	Контрольна група (n=15)		Пацієнти в стадії ремісії (n=15)		Пацієнти в стадії загострення (n=60)	
		Чоловіки (n=7)	Жінки (n=8)	Чоловіки (n=7)	Жінки (n=8)	Чоловіки (n=33)	Жінки (n=27)
MMSE	M±ш P i P 2 Pз	29,7±0,2	29,5±0,2	20,5±0,3 <0,05	21,5±0,4 <0,05	21,3±0,2 <0,05 <0,05	20,2±0,3 <0,05 <0,05 <0,05
Монре-альська шкала бали	M±т P i P 2 Pз	29,8±0,3	29,7±0,3	21,4±0,2 <0,05	20,4±0,4 <0,05	20,2±0,3 <0,05 <0,05	19,7±0,1 <0,05 >0,05 <0,05
Ступінь впрацьованості за таблицями Шульте бали	M±т P i P 2 Pз	0,8±0,2	0,6±0,2	1,5±0,3 <0,05	1,3±0,4 <0,05	1,6±0,2 <0,05 >0,05	1,4±0,4 <0,05 >0,05 >0,05
Психічна стійкість за таблицями Шульте	M±т P i P 2 Pз	0,7±0,1	0,5±0,1	1,3±0,4 <0,05	1,1±0,2 <0,05	1,5±0,3 <0,05 >0,05	1,6±0,6 <0,05 >0,05

Примітка: p1 - достовірність різниці між контрольною групою та групами пацієнтів в стадії ремісії та загострення; p2 - достовірність різниці між пацієнтами в стадії ремісії та загострення; pз - достовірність різниці між чоловіками та жінками.

### Висновки

Отримані результати даного дослідження дали можливість уточнити стан когнітивних функцій у пацієнтів з розсіяним склерозом в залежності від перебігу захворювання та статі. Виявлено наявність деменції легкого або помірного ступеню у всіх пацієнтів, але когнітивні розлади переважали у пацієнтів із вторинно-прогресуючим перебігом.

Пацієнти з активним процесом, як чоловіки, так і жінки, мали вірогідно нижчий бал за шкалою MMSE в порівнянні зі стабільними пацієнтами. В стадії загострення когнітивні розлади переважали у жінок.

Виявлені розлади вищих мозкових функцій свідчать про необхідність не тільки неврологічного, але й комплексного нейропсихологічного обстеження пацієнтів даної групи з метою призначення адекватної патогенетичної терапії з урахуванням його когнітивного статусу.

### Література

1. Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе // Журнал неврологии и психиатрии. - 2000. - № 11. - С.15-20.
2. Шмидт Т.Е. Когнитивные нарушения и попытки их коррекции при рассеянном склерозе // Журнал неврологии и психиатрии.- 2005.-№9.-С. 54-56.
3. Rao S.M., Leo G.J., Bernadin L., Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns and prediction // Neurology.- 1991.- № 41. - P.685-691.
4. Негріч Т.І. Когнітивні розлади у клініці розсіяного склерозу// Здоров'я України.-2010.- с.29.
5. multiple sclerosis: pattern, predictors, and impact on everyday life in a 4-year follow up // Arch. Neurol. - 1995. - № 52. - P. 168-172.
6. Полищук И.А., Видренко И.А. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека.- 2-е издание.- К.: Здоров'я, 1980.- 156 с.

### Summary

KOGNITIVE CONDITION AT THE PATIENT WITH MULTIPLE SCLEROSIS

N.V. Lytvynenko, V.A. Pinchuk, G.Y.Silenko, Y.V.Blazhivska, Y.O. Borydug

Key words: multiple sclerosis, cognitive dysfunction, duration of disease.

One of the most actual problems of modern clinical neurology is a problem of study multiple sclerosis (MS). In order literature, today, growth of morbidity is marked on MS, ill the of young people, which can work, socially active, that stipulates actuality of this problem. It is known, that hearth neurological changes substantially influence on a capacity, social adaptation, quality of life of patients, and not less attention is deserved by the state of higher crust functions. In addition, determination of neuropsychological insufficiency is especially needed not only in a social aspect for adaptation of patients but also for the leadthrough of optimum nosotropic treatment with the use of preventive immunomodulative therapy which needs observance of the proper mode of introduction. A research purpose was become by the study of cognitive type of the patients with multiple sclerosis depending on the type of flow and floor. With a purpose the study of cognitive functions was inspected 75 patients with the different type of flow of the dissipated sclerosis and in the different stages of disease. Findings specified in the presence of demenciya of easy, or moderate degree for all patients, but cognitive violations prevailed for patients from the second time - by a making progress flow. In the stage of intensifying found out more expressed changes for the patients of both chaffs by comparison to remission, here disorders of higher cerebral functions prevailed for women. The found out disorders of higher cerebral functions testify to the necessity of not only neurological but also complex, neuropsychological inspection of the patients with the purpose of setting of adequate nosotropic therapy taking into account his cognitive status.

Матеріал надійшов до редакції 11.06.2012 р.