



60 ЁШДАН КАТТАЛАРДА ЕНГИЛ НАМОЁН БЎЛУВЧИ КОГНИТИВ БУЗУЛИШЛАРГА ХАРАКТЕРЛИ БЕЛГИЛАР ВА УНИ ЭРТА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Абдукадирова Д.Т

Зокиров А.И

Андижон Давлат Тиббиёт интитути

Неврология кафедраси

Калит сўзлар: *деменция, когнитив бузулиш, MMSE*

Деменциядан ахолининг 60 дан катта ёшлиларнинг 5 % азият чекади ва унинг таркалиши, уларнинг ёши хар 10 йилга ошганда 2 баробарга ортиб боради. Бош мия қон-томирлари зарарланиши 60 ёшдан катта одамларда когнитив бузулишларга олиб келувчи асосий сабаб хисобланади. Бош мия қон-томирлари зарарланишидаги когнитив бузулишлар ифодаланиш даражаси минимал бузулишлардан бошлаб, деменция холатигача кузатилади ва инсон ёшини хамда яна бир канча омилларни ўз ичига олади. Деменция ва нодемент когнитив бузулишлар, бош мия касалликлари орасида таркалиши буйича олдинги уринларда туради. Европа эпидемиологик тадқиқотлар маълумотларига кўра, деменция 65 ёшдан катталарнинг 6-7 % да учраб, Альцгеймер касаллигини узигина эса, ижтимоий ва тиббий ёрдам харажатлари микдори буйича неврологик ва рухий бузулишлар орасида 2-3 ўринларда туради. Деменция синдромини, жуда кўп неврологик ва соматик касалликлар билан йўлдош келувчи анча енгил (нодемент) когнитив бузулишлардан кейин келиб чиқиши, холатни муҳимлигини орттиради. Сўнгги пайтларда деменция даражасигача етмайдиган, кон-томир енгил когнитив бузулишлар деб аталувчи, кон-томир генезли когнитив бузулишлар, тобора диккатни ўзига жалб қиляпти.

Хотира, диккат, нутқ, интеллект, праксис, гнозис – булар, оламни рационал англаш жараёнини амалга оширишга ёрдам берувчи когнитив функциялардир. Бу жараёнларни бошқарувчи 3 та функционал блок мавжуд. Биринчи функционал блок (фаоллаштирувчи блок) мия устуни-пўстлоғости тузилмалари ва лимбик тизимни ўз ичига олиб, уларга: мия устуни ретикуляр формациясининг кўтарилувчи қисми, кўрув дўмбоғлари, тарғил тана, оралик мия, гиппокамп ва унинг миндалина, пешона медиобазал булакчаси ҳамда цингуляр пушта билан алоқалари киради. Кўрсатилган тузилмалар бош мия пўстлоғини ташқи стимуляция ва ички мотивацияга нисбатан фаоллашишини таъминлайди. Улар диққатни оптимал даражасини таъминлайди ва фаолиятдаги мотивацион-эмоционал таъминотга жавоб беради. Бундан ташқари гиппокампнинг специфик функциясига янги маълумотларни ўзлаштириш жараёнида катта рол ўйнайдиган, қайта қабул қилинувчи стимуллари олдингиси билан солиштириш киради. Мия устуни-пўстлоғости





тузилмалари патологиясида, реакция вақти узаяди ва фикрлаш ҳамда когнитив жараёнлар секинлашишига (брадифрения) олиб келади. Стимуляция кучи ва бош мия пўстлоғи фаоллашиш даражаси орасидаги нормал боғлиқлик бузилади, шу сабабли кучсиз стимул ҳам пўстлоқнинг сезиларли фаоллигини чакириши мумкин. Клиник кўринишда бу - фикр чалғишини кучайиши, бошланган фаолиятни узок вақт давом эттиролмасликка олиб келади. Бундай бузулишлар нейродинамик когнитив дисфункция деб аталади. Гиппокамп ва у билан функционал боғланган тузилмалар патологиясида жорий воқеаларга булган хотиранинг бузулиши ривожланади (фиксацион ва антероград амнезия).

Иккинчи функционал блок (ахборотларни қабул қилиш, қайта ишлаш ва сақлаш блоки) соматик сезги, эшитиш, кўрув марказлари яъни, бош миянинг тепа, чакка, энса бўлакларидаги ассоциатив сохаларининг иккиламчи ва учламчи пўстлоқ анализаторларини ўз ичига олади. Бу тузилмалар ташқи оламдан олинган маълумотларни қабул қилиш, англаш ва сақланишини таъминлайди, ҳамда, уч ўлчамли фазо ҳақидаги таасурот шаклланишига жавоб беради.

Иккинчи функционал блок структуралари патологиясида модал-специфик характерга эга бўлган гнозис ва хотира бузулиши ривожланади. Чакка бўлаги патологиясида - эшитиш гнозиси ва эшитув хотираси бузулиши, энса бўлаги патологиясида - кўрув гнозиси, энса хотираси бузулиши, тепа бўлаги патологиясида - соматик гнозис ва кинестетик хотира бузулиши кузатилади. Бундан ташқари, бош миянинг тепа бўлаги зарарланишида тана схемаси бузулиши билан боғлиқ бўлган соматик агнозия каби, кинестетик апраксия ривожланади. Бош миянинг чакка, тепа, энса бўлаклари қўшиган сохаси зарарланиши, гнозис ва праксис сферасида ифодаланувчи фазовий холатни хис қилишни бузулишига олиб келади. Иккинчи функционал блок тузилмалари зарарлангандаги когнитив бузулишлар операционал ёки инструментал бузулишлар деб аталади.

Учинчи функционал блок бош миянинг пешона бўлагини ўз ичига олади. Улар инсоннинг ихтиёрий харакатига яъни, фаолият мақсадини ихтиёрий танлаш, қўйилган мақсадга эришиш режасини тузиш жараёнларига жавоб беради. Учинчи функционал блокни зарарланиши, асосида қуйидаги бир ёки бир нечта механизмлар ётувчи когнитив, аффектив ва ахлоқий бузулишларга олиб келади: - фаоллик ва инициативнинг сустлашиши, мотивация ва қандайдир мақсадга қаратилган фаолиятнинг кучсизланиши (апатия ва абулия).

Когнитив бузулишлар ривожланиши бош миянинг ўчоқли ёки диффуз зарарланиши билан боғлиқ бўлиб, бу эса бир ёки бир нечта когнитив функцияларнинг бузулишига сабаб бўлади. Бундай бузулишларнинг нисбатан оғирроқ тури деменция хисобланади. Деменция ташхисини қўйиш, когнитив фаолиятнинг бузулиши инсон кундалик фоолиятига бевосита таъсир кўрсатаётган холатда тўғри булади.



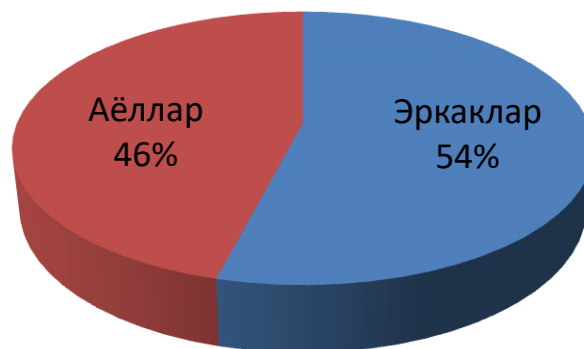


Когнитив ва психоэмоционал бузулишлар, нейропсихологик ўзгаришлар ҳамда цереброваскуляр хатарнинг нисбатан эрта маркери сифатида, динамикада эса – даволаш-профилактик чораларнинг самарасини баҳолаш критерияси сифатида ахамиятлидир.

Тадқиқот мақсади: Цереброваскуляр патологияли 60 ёшдан катта беморларга хос бўлган нейрокогнитив ва психопатологик бузулишларни ўрганиш.

Материал ва текширув усуллари: Текширилаётган беморларни жинси бўйича тақсимланиши бўйича эркак жинси устун келган ҳолда, 54 % га 46 % тўғри келди. “Енгил намоён бўлган когнитив бузулиш” (ЕНБКБ) ташхиси МКБ11 критерияларига мос ҳолда, анамнез, чуқур клиник-неврологик текширув, когнитив свера функцияси ва магнит-резонанс томографияни (МРТ) ўрганиш асосида қўйилади. Психологик ва нейропсихологик текширувлар қуйидагиларни ўз ичига олади: рухий статусни баҳолашни қисқа шкаласи (MMSE), диққатни жамлаш ва ақлий қобилиятни ўрганиш (Бурдон тести), фазовий ориентация ва праксис функциясини текшириш (соат чизиш тести), диққат ва хотира фаоллигини А.Р.Лурия услуби бўйича “ 10 та сўзни эслаб қолиш ” синамаси орқали, хавотир ва хиссий доирани Спилберг-Ханина тести бўйича текшириш.

Беморларнинг жинс бўйича нисбати



Беморлар иккита гуруҳга бўлинди, 1чи гуруҳ – Мемантинни ўз ичига олувчи комплекс даво олувчилар, 2 чи гуруҳ - базис даво олувчилар.

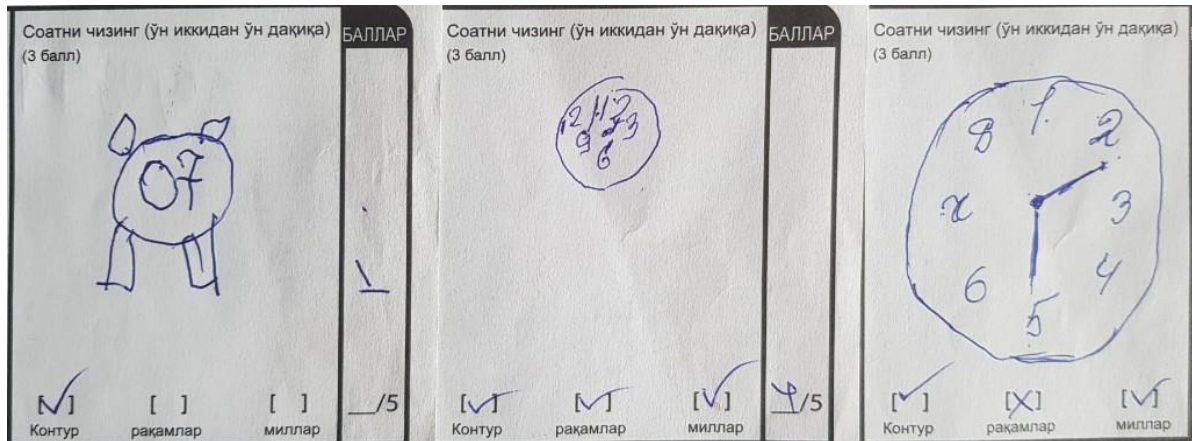
Натижа ва муҳокама.

Иккала гуруҳда ҳам MMSE шкаласи бўйича тадқиқот натижалари солиштириб кўрилганда, баллар йиғиндиси $23,6 \pm 0,1$ га тенг бўлди ва бу енгил намоён бўлувчи когнитив бузулиш борлигидан далолат беради. Праксис ва фазовий ориентация яққоллигини таҳлил қилиш, $7,6 \pm 0,08$ га тенг бўлган ўртача кўрсаткични кўрсатди. Қайд этиш керакки, барча беморлар циферблат ва соатни мустақил чизишди. Жойлашуви тўғри бўлсада, кичик ноаниқлик билан қўйилган соат стрелкалари, ЕНБКБ нинг характерли белгиси ҳисобланади.





Бирорта холатда ҳам деменция ташхисини қўйишга асос була оладиган, хаттоки тайёр циферблатда ҳам, стрелкаларни тўғри қўя олмаслик холати кузатилмади (Расм 1).



Бурдоннинг корректор синамаси оркали ўтказилган нейропсихологик текширувлар диққат турғунлиги ва концентрация кўрсаткичлари яққол ўзгаришларини аниқланди. Барча беморларда диққат концентрацияси даражаси 146.5 ± 3.9 , диққат турғунлиги эса $- 3.6 \pm 0.08$ бўлиб, ёшга нисбатан норма билан солиштирилганда кўрсаткичлар анча паст бўлди. Кейинги нейропсихологик текширув А.Р.Лурия услуби бўйича “10 та сўзни эслаб қолиш” синамаси ёрдамида диққат ва хотира фаоллигини аниқлашни ўз ичига олади. Барча беморларда нормадан силжиш аниқланди, масалан, қисқа хотира 6.6 ± 0.9 ни, узоқ хотира 7.2 ± 0.1 ни кўрсатди, эслаб қолиш самарадорлиги эса 54.0 ± 0.2 га тенг бўлди, яъни, барча беморлар, ҳам биринчи ҳам қайта уринишларда сўзларни кам миқдорда айтишди. АО фарқи, ёш нормаси билан солиштирилганда, қисқа хотира учун 35 % ни, узоқ муддатли хотира 38 % ни ташкил этди.

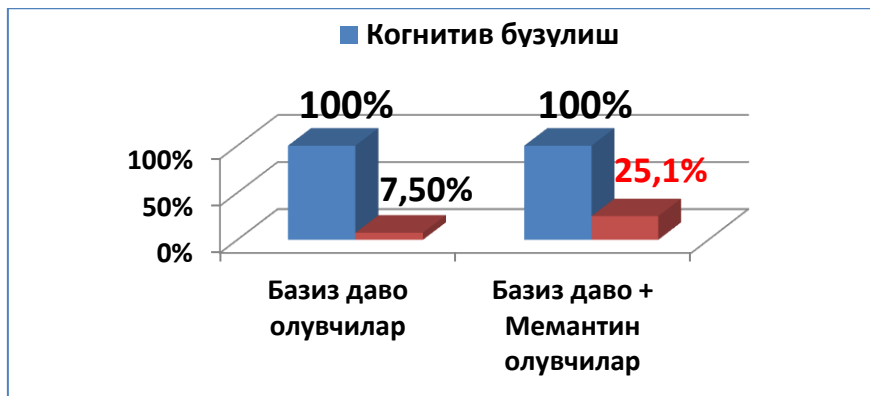
Сўнгра кўрув хотираси учун тест ўтказилди. Иккала гуруҳ беморларида ҳам буюмларни таниш нисбатан сақланган ва 9.9 ± 0.09 га тенг бўлди.

Хавотир ва хиссий сфера кўрсаткичлари Спилберг-Ханин тести бўйича текширилди. Беморлар гуруҳида, хиссий сферадаги хавотирлик реактивлик параметри каби, шахс параметрлари бўйича ҳам устунлик қилди ҳамда мос равишда $45.9 \pm$ ва 53.1 ± 0.3 га тенг булди.

Ўтказилган даволаш фонида гуруҳлар солиштирилганда, қуйидаги кўрсаткичлар аниқланди. Мемантин гуруҳидаги препаратларни ўз ичига олувчи комплекс даволаш, 7,5 % ўзгариш бўлган базис даво олувчи беморлар гуруҳи билан солиштирилганда, MMSE шкаласи бўйича динамикада 25,1 % яхшиланиш бўлди.

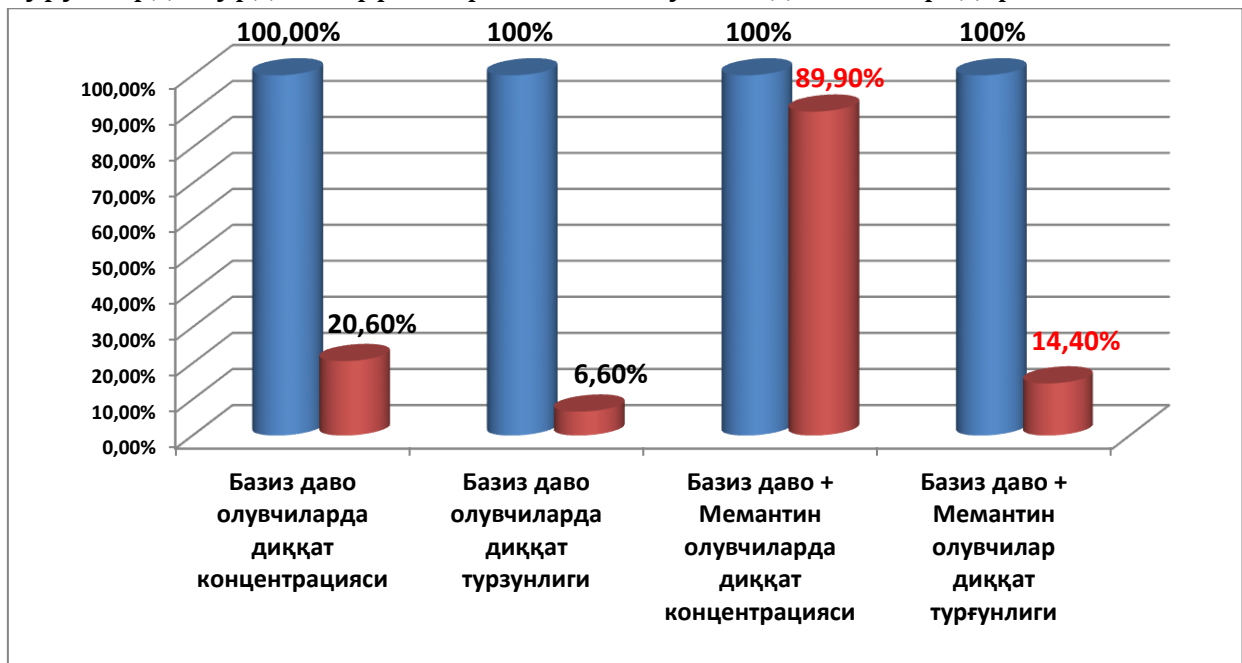
Гуруҳларда даволанишнинг MMSE шкаласи бўйича самараси





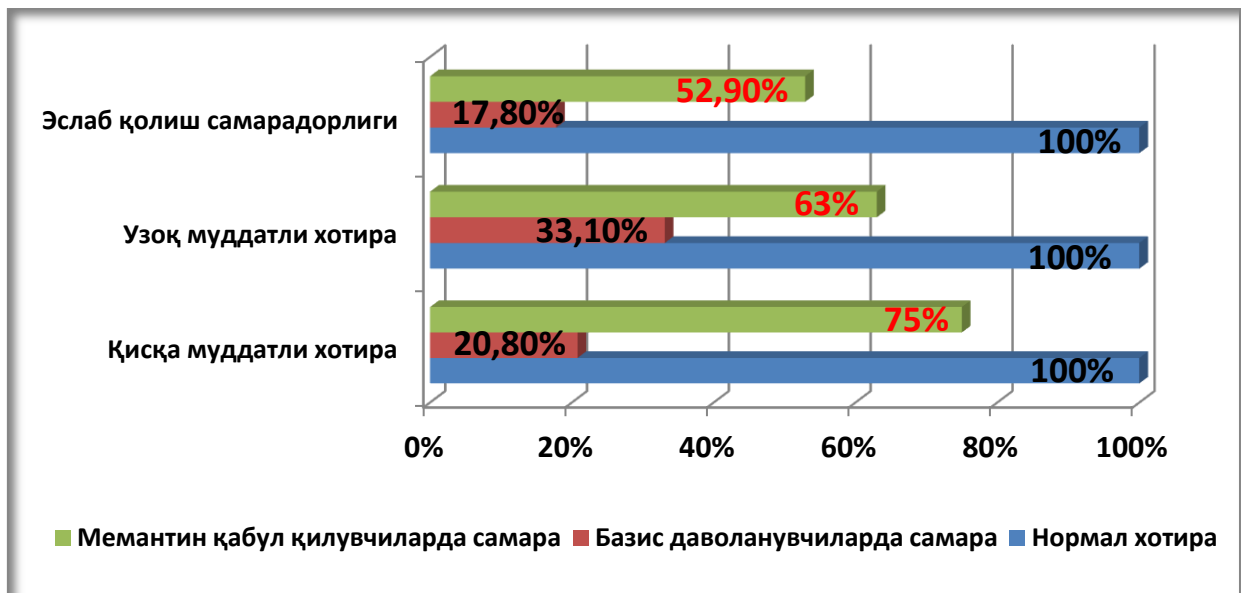
Мемантин препаратини ўз ичига олган даволаш фонида, Бурдон корректор синамаси бўйича, диққат концентрацияси яхшиланиши динамикаси 89,9% ни, диққат турғунлиги эса 14,4 % ни (иккинчи гуруҳда эса мос равишда 20,6 % ва 6,6 %) кўрсатди.

Гуруҳларда Бурдон корректор синамаси бўйича даво самарадорлиги



10 та сўзни эслаб қолиш синамаси ёрдамида қисқа муддатли ва узоқ муддатли хотира ҳолати ҳамда эслаб қолиш самарадорлиги аниқланди. Биринчи гуруҳ беморларида даволаш жараёнида динамикада узгариш, қисқа муддатли хотира бўйича – 75,0 % ни, узоқ муддатли хотира - 63,0 % ни, эслаб қолиш самарадорлиги - 52,9 % ни, иккинчи гуруҳда эса – мос равишда 20,8 ; 33,1; ва 17,8% ни кўрсатди





Хотира пасайиши омили хавотирли бузулишлар шаклланиши учун сабаб хисобланади ва ўз навбатида Мемантин қабул қилган беморларда когнитив фаолият яхшиланиши фонида хавотирлик кўрсаткичи камайиши аниқланди. Асосий гуруҳда реактивлик параметри ва шахс характеристикаси бўйича хиссий сферада хавотирлик ишончли пасайди ва мос равишда $32,9 \pm$ и $38,1 \pm 0,3$ бўлди.

Хулосалар: Шундай қилиб, енгил намоён бўлувчи дисфункция куринишидаги когнитив фаолият томонидан ўзгаришлар, физиологик қаришда ва айниқса миянинг сурункали ишемиясида, пўстлоқ-пўстлоқости хамда пўстлоқ-пўстлоқ алоқаларини узилиб қолиши билан боғлиқ. Алоқа узилиб қолиши феномени, интеллектуал-мнестик функцияларни сусайишига олиб келувчи, бош миянинг турли бўлимлари орасидаги алоқаларни бузулиши билан боғлиқ.

Кўриш хотираси ва нутқ фаоллиги каби сезгир тестларни кўллаш, енгил намоён бўлувчи когнитив ўзгаришларни эрта босқичларида аниқлашга имкон беради, хамда фақатгина дементолди бузулишлар эрта диагностикаси маркеригина эмас, балки ўтказилган даволаш адекватлиги баҳолаш мезони хамдир.

Мемантин, енгил намоён бўлувчи когнитив бузулишларни комплекс даволашда кўлланилганда, пўстлоқ-пўстлоқости хамда пўстлоқ-пўстлоқ алоқаларини узилиб қолиши феноменига ўзини патогенетик таъсирини исботлади.





Фойдаланилган адабиётлар :

1. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. М.: МЕДпресс-информ; 2011.
2. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Деменции: Руководство для врачей. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2011.
3. Treves T.A., Korczyn A.D. Modeling the dementia epidemic. *CNS Neurosci. Ther.* 2012; 18 (2): 175—81.
4. Gong W.P., Guo Q.H., Zhao Q.H., Hong Z. Survey of comorbidities for hospitalized patients with cognitive disorders. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2012; 92 (3): 156—9.
5. Захаров В.В. Нарушение когнитивных функций в пожилом возрасте. *Врач.* 2008; 9: 28—33.
6. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Лечение легких и умеренных когнитивных нарушений. *Русский медицинский журнал.* 2007; 15 (10): 797—801.
7. Fernandez-Calvo B., Rodriguez-Pirez R., Contador I. et al. Efficacy of cognitive training programs based on new software technologies in patients with Alzheimer-type dementia. *Psicothema.* 2011; 23 (1): 44—50.
8. Garre-Olmo J., Genis Batlle D., Del Mar Fernandez M. et al. Registry of Dementia of Girona Study Group (ReDeGi Study Group). Incidence and subtypes of early-onset dementia in a geographically defined general population. *Neurology.* 2010; 75 (14): 1249—55.
9. Шпрах В.В., Суворова И.А. Нейропсихологическое тестирование в неврологии: Пособие для врачей. Иркутск: РИО ИГИУВа; 2011.
10. Шпрах В.В., Суворова И.А. Когнитивные нарушения и деменции: монография. Иркутск: РИО ИГИУВа; 2011.

