

Диагностика и лечение обратимых когнитивных нарушений. Особенности когнитивных нарушений при заболеваниях щитовидной железы.

ПОДГОТОВИЛА: СТУДЕНТКА ГРУППЫ 4404

МИРОНОВА О.Б.

КАЗАНЬ – 2019

Диагностические критерии КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПО СТЕПЕНЯМ

Легкие КН [Н.Н. Яхно, В.В. Захаров]

жалобы самого больного на снижение памяти или умственной работоспособности или жалобы, выявленные при опросе врачом;

преимущественно нейродинамического характера, выявляются при тщательном нейропсихологическом исследовании;

отсутствие КР при обследовании с использованием скрининговых шкал деменции;

отсутствие нарушений поведения, в том числе сложных его форм;

отсутствие синдрома умеренных когнитивных расстройств (УКР).

Умеренные КН [R.S. Petersen, J. Touchon, 2005]

наличие КН со слов пациента и/или его ближайшего окружения;

свидетельства снижения когнитивных способностей по сравнению с исходным более высоким уровнем, полученные от пациента и/или его ближайшего окружения;

объективные свидетельства нарушений памяти и/или других когнитивных функций, полученные с помощью нейропсихологических тестов;

отсутствие нарушений обычных форм повседневной активности, могут выявляться нарушения сложных и необычных видов деятельности;

отсутствие деменции.

Тяжелые КН (деменция) [МКБ-10]

снижение вербальной и невербальной памяти, проявляющееся нарушением способности к запоминанию нового материала, а в более тяжелых случаях также в затруднении припоминания ранее усвоенной информации;

нарушения других когнитивных функций, таких как способность к выработке суждений, мышлению (планированию, организации своих действий) и переработке информации;

нарушение когнитивных функций определяется при сохранном сознании;


наличие по меньшей мере одного из следующих признаков: эмоциональной лабильности, раздражительности, апатии, асоциального поведения.

NB! Для достоверной постановки диагноза вышеперечисленные признаки должны регистрироваться в течение минимум 6 месяцев.

Диагностика
ОКН

Клинические
методы

Параклинические
методы



Клинические методы диагностики ОКН

Нейropsychологическое исследование

- анализ состояния гностических процессов, праксиса (праксиса позы, пространственного, динамического, орального), речевых процессов (речи, чтения, письма) и зрительно-пространственных функций, а также характеристику счета, памяти, внимания, интеллектуальной деятельности, эмоциональных реакций;
- Проба Бурдона – вычеркивание определенных букв из текста в течение 10 мин;
- Проба Крепелина – сложение и вычитание чередующихся рядом цифр в течение 15 с.

Скрининговые шкалы деменции

- Краткая шкала оценки психического статуса MMSE;
- Монреальская шкала оценки когнитивных функций

Оценка психоэмоционального статуса

- Гериатрическая шкала депрессии
- Шкала Спилбергера – Ханина;
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Проба	Оценка
1. Ориентация во времени: назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 – 5
2. Ориентация на месте: где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 – 5
3. Восприятие: повторите 3 слова: карандаш, дом, копейка	0 – 3
4. Концентрация внимания и счет: серийный счет («от 100 отнять 7» 5 раз) либо произнести слово «земля» наоборот	0 – 5
5. Память: припомните 3 слова (см. пункт 3)	0 – 3
6. Речь: показываем ручку и часы и спрашиваем: «Как это называется?». Просим повторить предложение «Никаких если, или но»	0 – 3
7. Выполнение 3-х этапной команды: «Взять правой рукой лист бумаги, сложить его вдвое и положить на стол»	0 – 3
8. Чтение. Прочтите и выполните: 1. Закройте глаза, 2. Напишите предложение, 3. Срисуйте рисунок	0 – 2 (первые 2 пункта) 0 – 1 (3 пункт)
Общий балл	0 – 30

Интерпретация результатов шкалы MMSE

28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;

24 – 27 баллов – предметные когнитивные нарушения;

20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности;

11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;

0 – 10 баллов – тяжелая деменция

Методика мини-ког

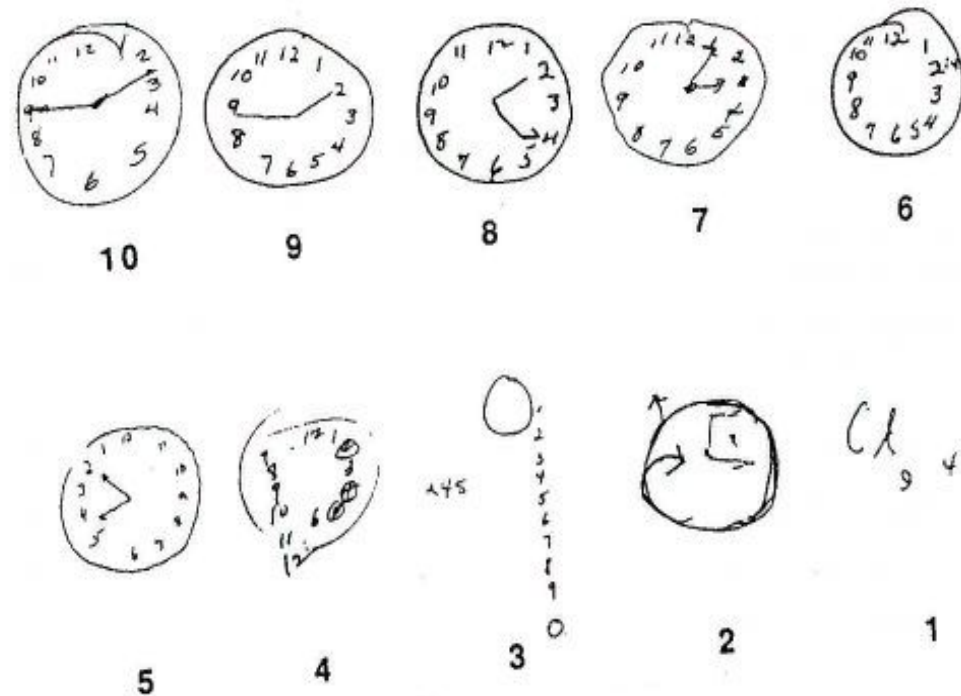
Запомнить и повторить три слова (напр. лимон, ключ, шар)

Нарисовать круглые часы с цифрами и со стрелками, указать конкретное время, например 13:45

Вспомнить три слова, которые учили в начале

Заключение

Если больной не может вспомнить после подсказки хотя бы одно слово или совершает ошибки при рисовании часов, то это свидетельствует о наличии клинически значимых когнитивных нарушениях.



Параклинические методы диагностики ОКН

Клинико-
лабораторный
скрининг

Инструментальные
методы исследования

Методы
нейровизуализации

Клинико-лабораторный скрининг больных ОКН

общий анализ крови (исключение микро- и макроцитарной анемии) с лейкоформулой (исключение воспалительных реакций);

ЭКГ, СМАД, ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных артерий головы;

биохимический скрининг заболеваний печени (АСТ, АЛТ, γГТ);

биохимический скрининг заболеваний почек (креатинин, азот мочевины);

определение уровня гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ); АКТГ;

определение липидного профиля (ЛПНП, ЛПВП), уровня глюкозы, холестерина;

определение уровня электролитов (натрий, кальций, калий);

определение концентрации витамина В12, фолиевой кислоты. [В.В. Захаров, А.Б. Локшина]

серологическое исследование на сифилис, ВИЧ, боррелиоз, токсоплазмоз, ВПГ и т.д. (исключение нейроинфекций при деменции у молодых людей неясной этиологии)

анализ ликвора (общий, серологическое исследование при подозрении на нейроинфекцию, маркеры нейродегенеративных заболеваний (бета-амилоид, тау-белок и т.п.)

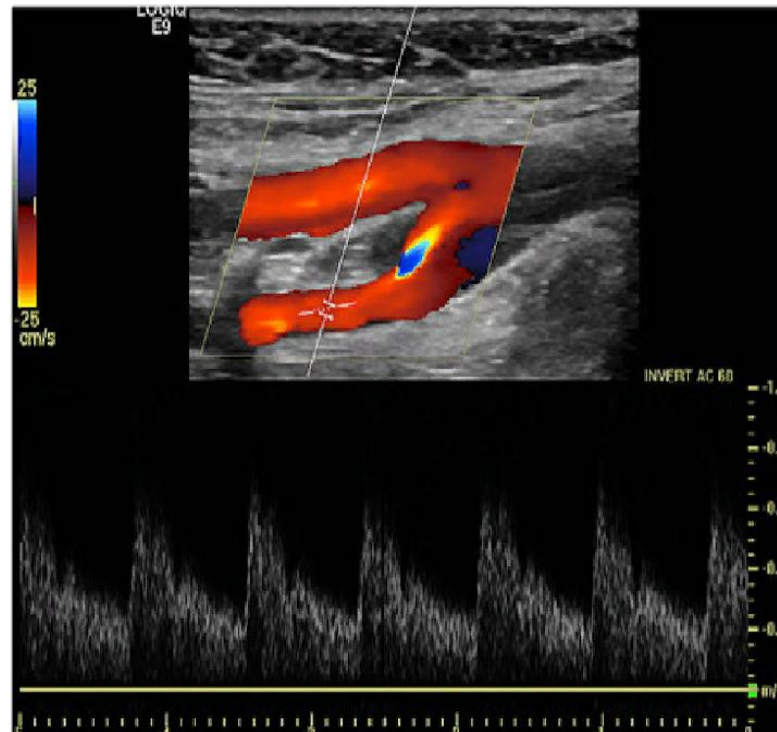
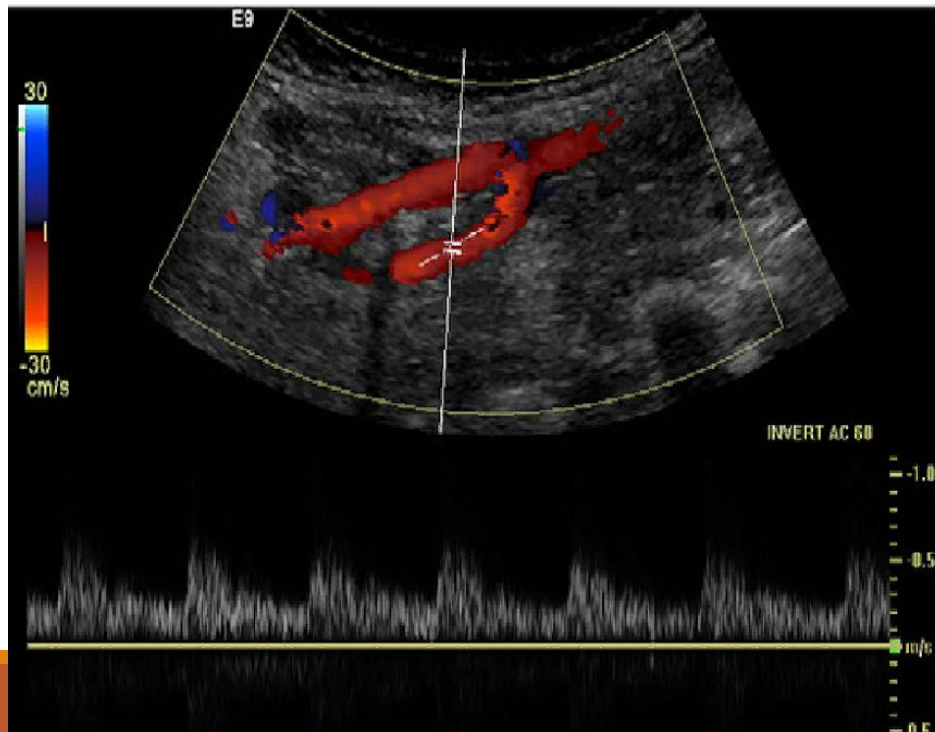
ИССЛЕДОВАНИЯ

Применяются при наличии сосудистых факторов риска (артериальной гипертензии, атеросклерозе, ИБС и т.д.)

ЭКГ

СМАД

ультразвуковое дуплексное/триплексное исследование магистральных сосудов головы



Ультразвуковое дуплексное исследование общей сонной артерии

Методы нейровизуализации

MPT/КТ – определение выраженности и локализации структурных изменений головного мозга (сосудистого поражения, атрофических процессов), исключение потенциально курабельных причин:

опухолей головного мозга;

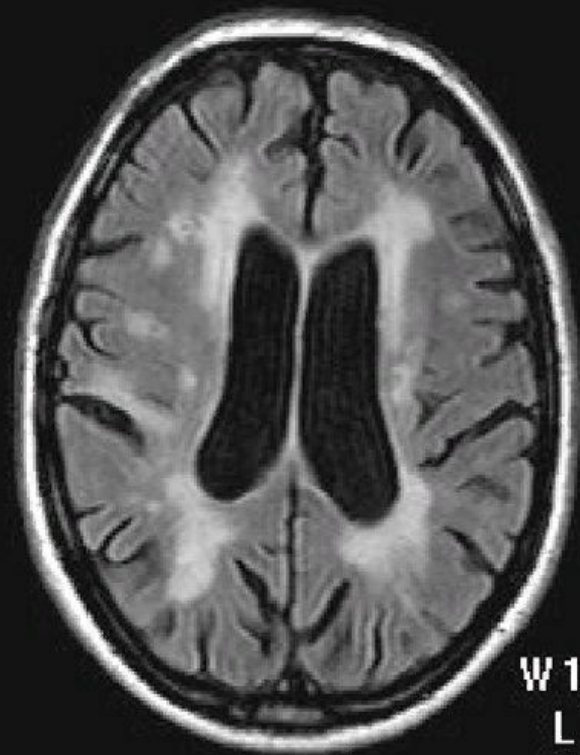
субдуральной гематомы;

гидроцефалии.

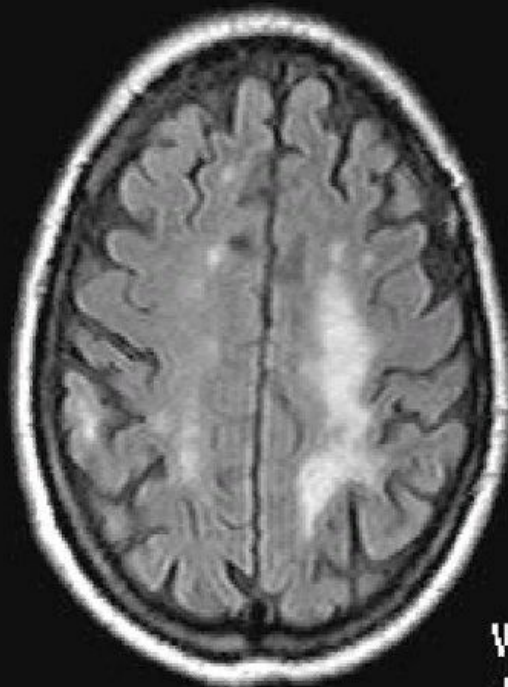
Функциональная МРТ, ПЭТ с фтордезоксиглюкозой или специфическими лигандами амилоида (питтсбургским веществом PiB)

Sc1/53

Sc1/50



W 1062
L 601

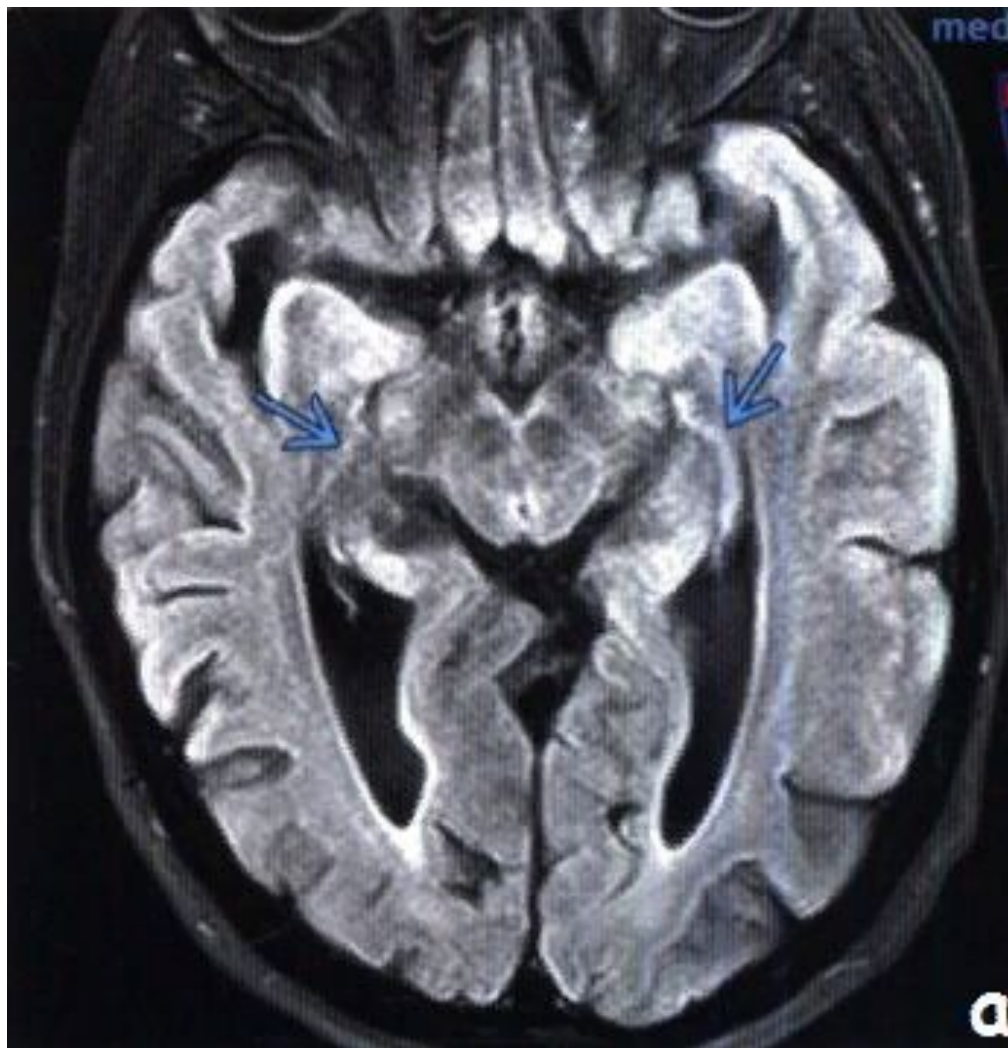


W 962
L 546

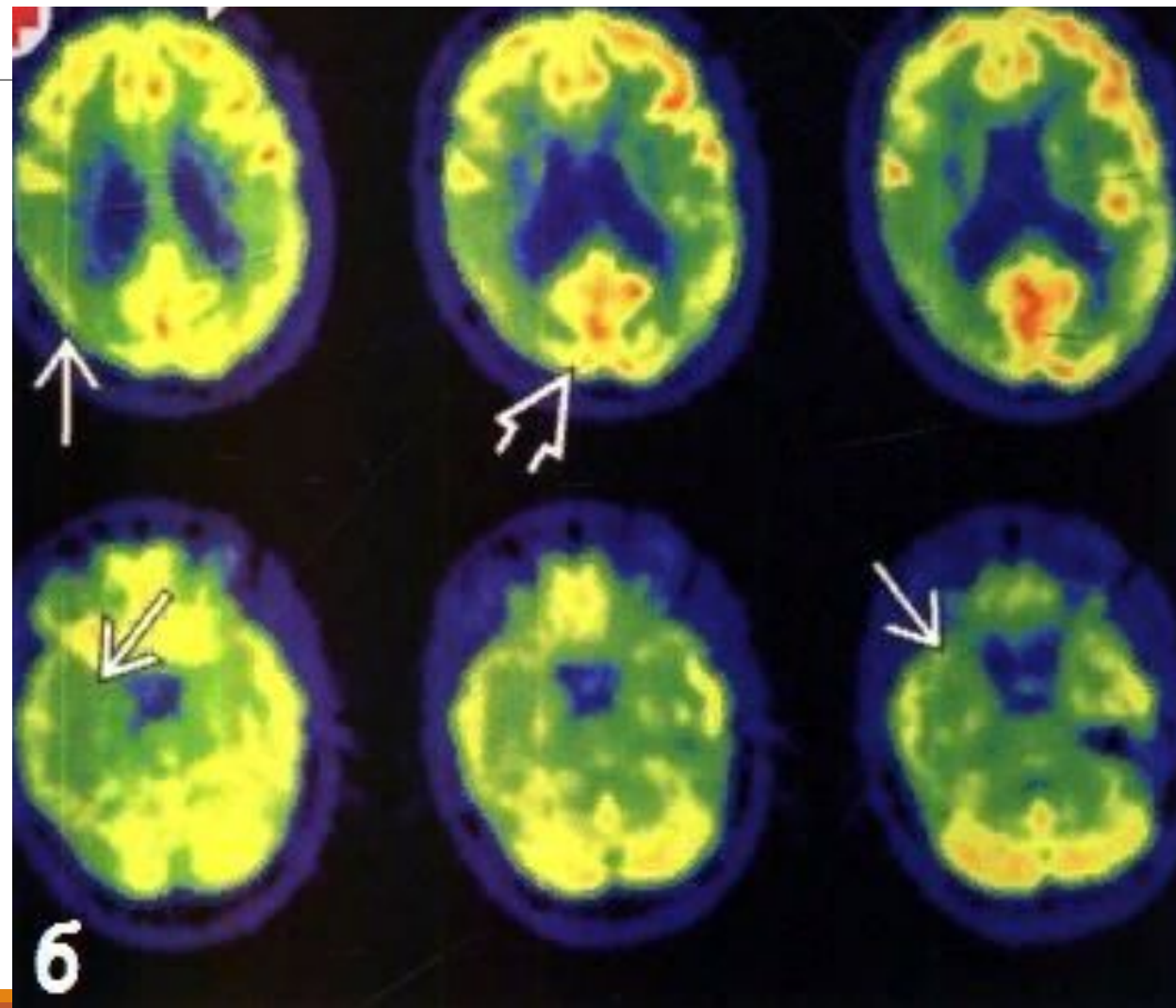
МРТ-сканы сосудистой деменции



КТ-скан сосудистой деменции



МРТ-скан болезни
Альцгеймера



ПЭТ-скан болезни
Альцгеймера

Лечение ОКН

Нейротрофическая и нейропротективная терапия

Воздействие на церебральный кровоток

Коррекция холинергической недостаточности

Медикаментозная коррекция сопутствующих заболеваний и факторов риска

Симптоматическая терапия психотропными средствами

Ингибиторы ацетилхолинэстеразы	Ипидакрин, донепизил, ривастигмин, галантамин
Обратимый блокатор MDMA-рецепторов	Мемантин
Ноотропные препараты	Пирацетам, Аминофенилмасляная кислота
Вазоактивные препараты	Винпоцетин, пентоксифиллин, нимодипин, EGB 761
Нейрометаболические препараты	Цитиколин, этилметилдигидроксипиридина сукцинат (Мексидол), актовегин, церебролизин
Психотропные средства	Атипичные нейролептики: Рисперидон (рилептид), кветиапин (кетилепт), оланзапин (эголанза); антидепрессанты – стимулотон, велаксин

Особенности ОЖН при заболеваниях щитовидной железы. ОЖН при гипотиреозе

Гипотиреоз – клинический синдром, обусловленный стойким снижением действия тиреоидных гормонов на ткани-мишени, что связано с недостатком гормонов щитовидной железы в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне.

Гипотиреоз встречается в популяции в 0,2—2% случаев, среди пожилых — в 2—4%, причем у женщин в 3 раза чаще, чем у мужчин. Особенно подвержены этому заболеванию женщины в возрасте 40—60 лет (12%). Субклинический гипотиреоз (повышение уровня ТТГ без какой-либо клинической симптоматики) отмечается у 7,5—10% женщин и 3% мужчин.

Этиология гипотиреоза: врожденные изменения щитовидной железы (гипо- или аплазия), ее хирургическое удаление (тиреоидэктомия), дисфункция гипофиза, наиболее частая причина у взрослых – аутоиммунный тиреоидит.

Патогенез когнитивных расстройств при гипотиреозе



ОКН при гипотиреозе

Ранние когнитивные нарушения при гипотиреозе – легкие мнестические расстройства (в ряде случаев напоминающие начальные проявления болезни Альцгеймера)

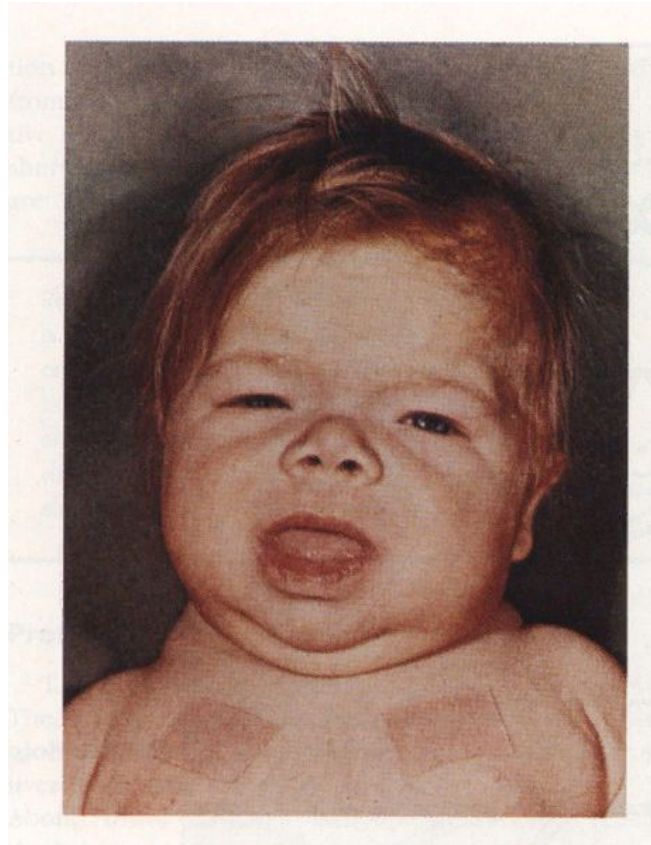
В тяжелых случаях – апатия, снижение скорости психических процессов, замедление речи, грубые психические нарушения в виде бреда и галлюцинаций.

В нейропсихологическом исследовании – расстройства конструктивного праксиса и зрительно-пространственных функций. Для этой категории больных характерны апноэ во сне, как центральные, так и периферические, при этом во втором случае можно получить улучшение на фоне заместительной гормональной терапии.

Врожденный гипотиреоз

Сонливость

Задержка
психического
о развития



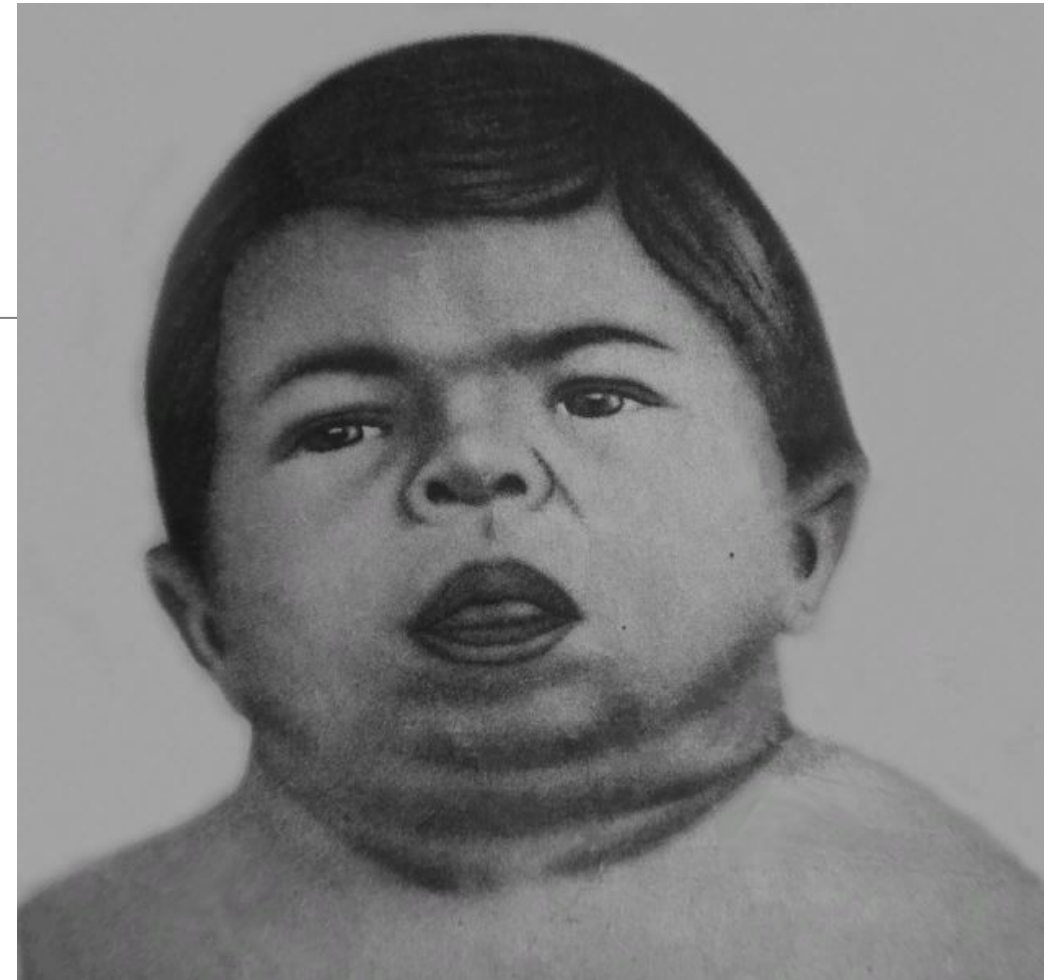
Апатия

Депрессия

Нарушения
памяти и
внимания

Термин «кретинизм», предложенный еще в XIX в., для обозначения тяжелой энцефалопатии при гипотиреозе. Данная патология развивается в раннем детском возрасте (даже с момента рождения). В этих случаях речь идет обычно о врожденном отсутствии щитовидной железы, врожденных нарушениях метаболизма, дефиците йода во время беременности и в раннем послеродовом периоде. Однако возникновение клинических симптомов может быть «отсрочено» за счет гормонов, получаемых от матери.

Необходимо заметить, что распространенность врожденного гипотиреоза значительно уменьшилась в связи с внедрением в клиническую практику соответствующих методов ранней диагностики и адекватной терапии.



Диагностика



Профилактика и лечение

Профилактика гипотиреоза на территориях с дефицитом йода заключается в добавлении йода к пище, в частности в виде йодированной соли.

Для лечения гипотиреоза используется **L-тироксин** и в некоторых случаях — **трийодтиронин для перорального приема**. В большинстве случаев **у взрослых** требуется назначение **от 100 до 150 мкг L-тироксина в сутки**; для лечения комы – L-тироксин парентерально.

Лечение начинают с небольших доз препарата и постепенно на протяжении месяцев увеличивают ее, добиваясь возникновения эутиреоидного состояния.

При адекватной терапии гипотиреоза у больных могут отмечаться положительные сдвиги в когнитивной сфере. Поэтому деменция у больных гипотиреозом рассматривается как потенциально обратимое состояние.

ОКН при тиреотоксикозе (гипертиреозе)

Тиреотоксикоз (гипертиреоз) – синдром, наличие которого связано с повышенным содержанием тиреоидных гормонов в крови, что встречается при различных заболеваниях или экзогенном избыточном поступлении тиреоидных гормонов. Является основным клиническим синдромом следующих заболеваний:

диффузного токсического зоба (болезни Грейвса-Базедова);

многоузлового токсического зоба;

тиреоидита подострого (первые 1–2 недели), послеродового (немного), аутоиммунного, радиационного;

опухолей ЩЖ: тиреотоксической аденомы, тиреотропиномы фолликулярного рака ЩЖ и его метастазов;

Когнитивные расстройства при тиреотоксикозе (гипертиреозе) наблюдаются при затяжном течении неэффективного леченного заболевания. Характеризуются преимущественно нарушением внимания. У пожилых больных чаще отмечаются заторможенность, депрессия, апатия, которые нередко производят впечатление грубого снижения интеллекта, однако истинная деменция развивается редко.

Диагностика и лечение

Сбор жалоб, анамнеза;

Лабораторное исследование:
определение уровня ТТГ, свободных Т4 и Т3, определение уровня антител к рецептору ТТГ

Инструментальное исследование: УЗИ щитовидной железы, сцинтиграфическое исследование, тонкоигольная биопсия узловых образований при подозрении на опухолевой процесс.

Лечение

Консервативная тиреостатическая терапия –
Пропилтиоурацил, Мерказолил, Карбимазол

Терапия радиоактивным йодом

Комбинированная тиреостатическая терапия с β -адреноблокаторами –
Тиамазол + метопролол

хирургическое лечение (тиреоидэктомия) в тяжелых случаях и при неэффективности медикаментозной терапии