

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И. Иванова, кандидат медицинских наук,
Н. Шодиева, Л. Пименов, доктор медицинских наук, профессор
Ижевская государственная медицинская академия
E-mail: urairiva@yandex.ru

Проведено исследование когнитивных функций у 100 больных общетерапевтического профиля. У преобладающего большинства пациентов имелись когнитивные нарушения различной степени выраженности. Чаще когнитивный дефицит встречался у больных старшего возраста с более низким уровнем образования. Установлено, что более значимый когнитивный дефицит был у пациентов с кардиальной патологией и хроническими обструктивными заболеваниями легких.

Ключевые слова: исследование когнитивных функций, когнитивные расстройства, общетерапевтическая практика, кардиальная патология, хронические обструктивные заболевания легких.

Актуальной проблемой современной медицины, которая активно обсуждается как в зарубежной, так и в отечественной литературе, являются когнитивные расстройства (КР), в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями. Ухудшение когнитивных способностей начинается в возрасте от 45 до 60 лет [1, 8] и дальше неуклонно усиливается. Формирование когнитивной дисфункции зависит от ряда факторов – таких, как уровень образования, наличие острых и хронических соматических заболеваний и др. С учетом демографической тенденции к старению населения проблема когнитивных нарушений приобретает все большее значение для врачей разных специальностей, в том числе и в общетерапевтической практике, тем более что своевременная диагностика и коррекция расстройств памяти и внимания позволяют сохранить качество жизни больных с различной соматической патологией.

В последнее время появились исследования по изучению расстройств когнитивных функций при артериальной гипертензии [3, 4], кардиальной патологии [5]. Однако работы по изучению когнитивного дефицита при другой соматической патологии единичны и не всегда однозначного характера.

Цель нашего исследования – изучение когнитивных функций у пациентов общетерапевтического отделения. Нами обследованы 100 пациентов в возрасте от 25 до 75 лет (61 женщина и 39 мужчин), проходивших стационарное лечение в клинических общетерапевтических отделениях МУЗ МСЧ № 3 г. Ижевска.

Обследование включало изучение анамнеза, физическое обследование, специальные лабораторно-функциональные исследования

Таблица 1
Психометрические показатели в зависимости от возраста больных (M±m)

Показатель	Возраст, годы			
	<49 (n=43)	50–59 (n=25)	60–69 (n=13)	>70 (n=10)
КШОПС	27,6±3,1	26,8±1,9	25,7±2,4	22,8±4,2
«Часы»	8,9±1,7	8,8±1,6	7,6±1,6	5,6±2,4

Таблица 2
Число больных с КР в зависимости от возраста, n (%)

Показатель	Возраст, годы			
	<49	50–59	60–69	>70
Легкие КР	29 (68) ^{а, б, в}	9 (36)	4 (31)	1 (5)
УКР	10 (23) ^{а, б, в}	13 (52) ^{г, д}	5 (38)	6 (31,5)
Выраженные КР	4 (9,3) ^{а, б, в}	3 (12) ^г	4 (31) ^е	12 (63) ^{а, б, в}

Примечание. p<0,01: а – между группами <49 лет и 50–59 лет; б – группами до 49 лет и 60–69 лет; в – <49 лет и >70 лет; г – 50–59 и 60–69 лет; д – 50–59 лет и >70 лет; е – 60–69 лет и >70 лет.

Таблица 3
Количество больных с КР с учетом уровня образования, n (%)

Показатель	Образование		
	высшее (n=16)	среднее специальное (n=50)	среднее (n=34)
Легкие КР	11 (69) ^а	24 (48) ^б	8 (24)
УКР	5 (32) ^{а, в}	17 (34) ^б	13 (38)
Выраженные КР	–	9 (18)	13 (38)

Примечание. * p<0,01: а – между группами с высшим и средним специальным образованием; б – средним специальным и средним; в – высшим и средним образованием.

Таблица 4
Показатели когнитивных функций в зависимости от основного заболевания (M±m)

Показатель	Основное заболевание					
	ИБС+ГБ	ОА	гастрит	ХОБЛ	пневмония	пиелонефрит
КШОПС	24,7±4,0	25,3±2,8	26,3±3,4	26,6±2,1	27,5±2,4	29,5±0,7
Часы	8,1±2,1	6,7±2,2	8,2±2,4	7,4±2,1	8,6±2,2	9,1±1,7

Таблица 5
Количество больных с КР в зависимости от основного заболевания, n (%)

Показатель	Основное заболевание					
	ИБС+ГБ	пневмония	ОА	ХОБЛ	пиелонефрит	гастрит
Легкие КР	11 (30) ^а	11 (68)	2 (17)	6 (55)	9 (90)	7 (47)
УКР	19 (53) ^б	4 (25)	7 (58) ^в	4 (36) ^г	1 (10)	6 (40)
Выраженные КР	6 (17)	2 (13)	3 (25)	1 (9)	–	2 (13)

Примечание. а – p<0,001 между группами с ИБС+ГБ и другими заболеваниями; б – p<0,05 между группами с ИБС+ГБ и ОА, ХОБЛ, гастритом и пиелонефритом; в – p<0,01 между группами с ОА и гастритом; г – p<0,01 между группами с ХОБЛ и пиелонефритом.

Селективный агонист D₂/D₃-рецепторов с α₂-норадренергической активностью

в соответствии с основным заболеванием. Для изучения когнитивных функций использовали диагностические критерии умеренных когнитивных расстройств (УКР) и деменции, краткую шкалу оценки психического статуса (КШОПС) и тест рисования часов («часы»). Результаты нейропсихологического тестирования анализировали с учетом пола, возраста, образования больных, а также их нозологического диагноза. Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета программ Statistica 6.0. Данные представлены в виде M±m. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Жалобы обследованных больных соответствовали основному заболеванию, однако при тщательном распросе все 100 пациентов пожаловались на снижение памяти (чаще на текущие события) и внимания, затруднение в освоении нового.

При скрининговом психометрическом тестировании достоверных различий у больных в зависимости от пола не выявлено: показатели КШОПС у мужчин – 26,8±3,0 балла, у женщин – 26,3±3,7; в тесте «часы» – соответственно 8,3±1,9 и 8,0±2,4 балла.

Анализ нейропсихологических показателей с учетом возраста (табл. 1) показал, что, несмотря на отсутствие достоверных различий между возрастными группами, с возрастом показатели обоих тестов снижаются и становятся минимальными у больных самой старшей возрастной группы (>70 лет). При этом в старших возрастных группах признаки КР нарастали от умеренных до выраженных (табл. 2). Кроме того, легкие КР достоверно чаще встречались в группе самых молодых пациентов, а УКР и выраженные КР – в более старших (p<0,01). При этом выраженные КР достоверно чаще встречались в группе пациентов <70 лет, чем у более молодых пациентов (p<0,01).

При анализе показателей когнитивных функций в зависимости от уровня образования достоверных различий не выявлено: у обследованных с высшим образованием (n=16) КШОПС – 28,4±4,2, тест «часы» – 8,7±1,8 балла, со средним специальным (n=50) – соответственно 26,6±2,8 и 8,4±1,9 балла, со средним (n=34) – 24,7±4,2 и 7,4±2,7 балла.

Однако нам представляется важным, что легкие КР достоверно чаще наблюдались в группе больных с высшим образованием, чем со средним специальным (соответственно у 11 и 24; p<0,01), в то время как УКР достоверно чаще были в группах со средним и средним специальным образованием (табл. 3).

Анализ показателей когнитивных функций в зависимости от основного заболевания установил, что, несмотря на отсутствие достоверных различий между группами (p≥0,05), самые низкие показатели КШОПС были у пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ), а показатели теста «часы» – у больных с остеоартрозом (ОА) и хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ) (табл. 4).

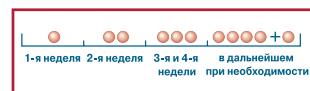
При дополнительном анализе частоты КР в зависимости от основного заболевания выявлено, что легкие КР достоверно чаще встречались у больных с острыми пневмониями и пиелонефритом (p<0,01), УКР – в группах пациентов с сочетанием ИБС и ГБ, а также у больных с ОА. Кроме того, выраженные расстройства когнитивных функций отмечены в группах пациентов с ИБС, ГБ и ОА (табл. 5).

Таким образом, проведенное исследование показало, что у преобладающего большинства пациентов общетерапевти-

При болезни Паркинсона:

- **Монотерапия:**

Проноран
3-5 таблеток в сутки



- **В сочетании с леводопой:**

Проноран
1-3 таблетки в сутки

При возрастных расстройствах памяти и внимания

Проноран

1 таблетка в сутки 2 таблетки в сутки в 2 приема при выраженных нарушениях



Состав: Пирибедил 50 мг в каждой таблетке с контролируемым высвобождением активного вещества. **Форма выпуска:** В упаковке 30 таблеток. **Показания:** Болезнь Паркинсона, как в виде монотерапии, так и в комбинации с леводопой; как в начале заболевания, так и в дальнейшем. Когнитивные нарушения в пожилом и старческом возрасте (нарушения внимания, памяти и т. д.). Ишемическая ретинопатия. В качестве вспомогательного средства при перемежающейся хромоте вследствие артериальной недостаточности нижних конечностей (во второй стадии). **Противопоказания:** Кардиогенный шок, острая фаза инфаркта миокарда, индивидуальная непереносимость. **Особые указания:** Пирибедил не заменяет гипотензивные средства при артериальной гипертонии. **Побочные эффекты:** Возникают редко. У предрасположенных лиц или при приеме препарата вне связи с пищей возможны желудочно-кишечные расстройства (тошнота, рвота, метеоризм). Побочные эффекты можно уменьшить, подбирая индивидуальную дозу и/или добавив домперидон. **В случае предрасположенности (как в результате основного заболевания, так и при сопутствующих заболеваниях) возможна ортостатическая гипотония или сонливость. Лекарственное взаимодействие:** Антагонисты дофаминовых рецепторов — ослабление эффекта. **Режим дозирования:** При болезни Паркинсона: монотерапия: 3–5 таблеток в сутки в 3–5 приемов. В комбинации с леводопой: 1–3 таблетки в сутки (1 таблетка Пронорана на каждые 250 мг леводопы). При других состояниях: 1 таблетка в сутки после основного приема пищи. В тяжелых случаях: 2 таблетки в сутки в 2 приема. **Передозировка:** В высокой дозе пирибедил действует на хеморецепторы рвотного центра, вызывая рвоту. В результате препарат быстро выводится из организма, поэтому другие последствия передозировки неизвестны. Учитывая, что способы применения препарата могут меняться, обращайте внимание на рекомендации, вложенные в упаковку.

ческого стационара имелись когнитивные нарушения различной степени выраженности. Более часто УКР и выраженные КР встречались у больных старшего возраста с более низким уровнем образования. Кроме того, установлено, что более значимый когнитивный дефицит был у пациентов с ИБС в сочетании с ГБ. Наличие когнитивных нарушений при кардиальной патологии и ХОБЛ связано, по-видимому, с нарушением церебральной микроциркуляции.

Диагностика и возможно раннее лечение КР имеют, как считают исследователи, значительно больше шансов на успех [6]. Одним из важнейших направлений современной медикаментозной терапии когнитивных нарушений является воздействие на нейротрансмиттеры, ответственные за патогенез нейродегенеративных заболеваний [2, 7, 8, 10]. Среди таких препаратов следует выделить пирибедил (Проноран) — единственный неэрголиновый агонист дофаминергических рецепторов, способный блокировать пресинаптические α_2 -адренорецепторы, выполняющие роль ауторецепторов норадренергических нейронов. Дофаминергическую терапию можно проводить в комплексном лечении КР или как самостоятельную терапию [9]. Как показывает большой опыт применения Пронорана, препарат оказывает положительный эффект при легких и умеренных когнитивных нарушениях, что позволяет рекомендовать его для широкого применения, в том числе в общетерапевтической практике.

Литература

1. Желнина Ю. А., Черкасова В. Г. Особенности когнитивного статуса с пациентов гериатрического отделения // *Фундаментальные исследования*. — 2007; 12: 499–500.
2. DiCarlo A., Baldereschi M., Amaducci L. et al. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging // *J. Am. Ger. Soc.* — 2000; 48: 775–782.
3. Смакотина С. А., Трубникова О. А., Барбараш О. Л. Влияние метопролола на когнитивные функции у пациентов молодого и среднего возраста с гипертонической болезнью // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. — 2008; 1: 56–61.
4. Недогода С. В., Стаценко М. Е. Возможности терапевта в коррекции когнитивных нарушений при артериальной гипертензии // *Фарматека*. — 2010; 10: 21–27.
5. Боголепова А. Н., Семушкина Е. Г., Смирнова М. Ю. и др. Когнитивные функции у больных с кардиальной патологией // *Лечащий врач*. — 2010; 5.
6. Бугрова С. Г. Проблемы диагностики и лечения сосудистых когнитивных нарушений (точка зрения врача-невролога). URL: www.rmj.ru/articles_5824/htm.
7. Яхно Н. Н., Захаров В. В. Сосудистые когнитивные расстройства // *Рус. мед. журн.* — 2005; 13 (12): 14.
8. Захаров В. В., Локшина А. Б. Применение препарата проноран (пирибедил) при легких когнитивных расстройствах у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией // *Неврол. журн.* — 2004; 2: 30–35.
9. Scholing W. A double-blind study using psychometric tests trivastal versus a reference compound // *Tempo Medical*. — 1982; выпуск 114 b.
10. Nagaradja D., Jayaashree S. Randomized study of the dopamine receptor agonist piribedil in the treatment of mild cognitive impairment // *Am. J. Psychiatry*. — 2001; 158: 1517–1519.

COGNITIVE DISORDERS IN GENERAL THERAPEUTIC PRACTICE

I. Ivanova, Candidate of Medical Sciences; N. Shodiyeva, Professor L. Pimenov, MD Izhevsk State Medical Academy

Cognitive functions were studied in 100 general therapeutic patients. The vast majority of patients had varying degrees of cognitive impairments. Cognitive deficit was more common in older patients with lower education level. Patients with cardiac pathology and chronic obstructive pulmonary diseases were found to have more significant cognitive deficit.

Key words: study of cognitive functions, cognitive disorders, general therapeutic practice, cardiac pathology, chronic obstructive pulmonary diseases.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА АГРЕССИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

С. Бойков¹,

В. Юлдашев², доктор медицинских наук, профессор
¹Республиканская психиатрическая больница № 2 МЗ
Республики Башкортостан, Стерлитамак

²Башкирский государственный медицинский университет
Росздрава, Уфа

E-mail: serg123boy@mail.ru

Приводимые данные, полученные методом группового учета аргументов и корреляционного анализа признаков, влияющих на проявление агрессивного поведения, позволяют врачам общепсихиатрической практики получить представление о степени потенциальной социальной опасности конкретного больного, а также о мероприятиях для профилактики агрессивного поведения.

Ключевые слова: агрессия, аффективные нарушения, стресс.

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе, а также в СМИ широко обсуждается проблема роста преступности. На фоне общего значительного увеличения тяжких преступлений против жизни и здоровья отмечается тенденция к росту насильственных действий также среди психически больных [2].

Вместе с тем агрессивность не выделяют как самостоятельную клиническую и социально-психологическую проблему, лежащую в основе дезадаптивного поведения; принципиальный вопрос об оценке роли психической патологии в этом отношении остается открытым [1, 3, 5]. Использование биопсихосоциального подхода позволит расширить возможности врачей для принятия мер профилактического характера и оценки эффективности лечебно-восстановительных мероприятий.

Насущными проблемами практической психиатрии остаются изучение патологической агрессии, выработка диагностических параметров агрессивности, в том числе ее перехода на более патологический уровень.

Целью данного исследования было создание модели факторов и личностных особенностей психических больных с аффективными нарушениями, оказывающих прямое влияние на уровень агрессивности, а также определение роли в этом стрессогенных факторов.

Обследовано 114 пациентов (70 мужчин и 44 женщины) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст — $33,95 \pm 1,7$ года). В структуре психопатологических проявлений преобладала аффективная симптоматика (от субдепрессивной до маниакальных состояний) в рамках различной нозологии. Выборку формировали на среднем уровне из амбулаторного контингента больных с аффективными нарушениями. Длительность расстройств составляла от 1 мес до 8 лет (в среднем — $1,9 \pm 0,3$ года). Критериями исключения их исследования