

РОЛЬ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ФОРМИРОВАНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ю. Губарев, кандидат медицинских наук
Белгородский государственный национальный
исследовательский университет
E-mail: info@bsu.edu.ru

Изложены результаты изучения распространенности когнитивных расстройств у пациентов неврологического профиля с такой патологией, как пояснично-крестцовый дискогенный радикулит, нарушение мозгового кровообращения вследствие черепно-мозговой травмы или инфаркта мозга. Оценена роль развития когнитивных расстройств в формировании гериатрического статуса и усугублении течения неврологических заболеваний.

Ключевые слова: гериатрия, неврология, неврологический профиль, пожилой и старческий возраст, когнитивные расстройства, гериатрический статус, гериатрические синдромы, гериатрическая помощь.

Процесс «гериатризации» в современной научно-практической медицине связан с увеличением в популяции удельного веса людей старших возрастных групп [1, 2]. В отдельных клинических специальностях ощущается необходимость в алгоритмизации накопленных знаний и клинического опыта в тактике ведения пациентов указанных групп [3, 4].

В гериатрии принят синдромальный подход. Гериатрические синдромы возникают на фоне развития основных возраст-ассоциированных заболеваний и усугубляют их течение [1, 3]. К гериатрическим синдромам относятся когнитивные расстройства (КР), деменция, синдром мальнутриции и саркопении, синдром падений, дегидратации и др. [3]. Проблема развития КР и деменции у пациентов пожилого и старческого возраста относится к наиболее значимым и угрожающим состояниям [5]. Чаще такие изменения встречаются у пациентов с неврологической патологией. Однако влияние синдрома КР на развитие неврологических и нейрохирургических патологий практически не изучено, нет стандартизации в тактике ведения пациентов с такими сочетанными нарушениями [6]. Это вызывает трудности при оказании специализированной гериатрической помощи пациентам пожилого и старческого возраста с неврологическими заболеваниями, часто приводит к снижению качества жизни, повышению зависимости в повседневной жизни, снижению общей двигательной активности и другим нарушениям. Малоизученным остается вопрос о выраженности когнитивных нарушений у пациентов, перенесших инфаркт мозга или нарушение мозгового кровообращения (НМК) после черепно-мозговой травмы (ЧМТ), а также с пояснично-крестцовым дискогенным радикулитом (ПКДР) [5, 6]. Также актуальными представляются разработка и коррекция тактики ведения таких пациентов неврологического профиля.

В исследование были включены пациенты среднего и старшего (пожилого и старческого) возраста, разделенные на 3 группы с учетом неврологической патологии:

- 1-я группа – пациенты с ПКДР: 55 больных среднего ($52,6 \pm 0,3$ года) и 62 – старшего ($69,4 \pm 0,4$ года) возраста;
- 2-я группа – лица, перенесшие НМК после ЧМТ: 56 пациентов среднего ($51,2 \pm 0,4$ года) и 62 – старшего ($69,6 \pm 0,5$ года) возраста;
- 3-я группа – пациенты, перенесшие инфаркт мозга (ишемический инсульт): 56 больных среднего ($54,4 \pm 0,7$ года) и 64 – старшего ($68,3 \pm 0,3$ года) возраста.

Оценку гериатрического статуса проводили в ходе специализированного гериатрического осмотра (СГО), который включал комплекс опросников и шкал через 1, 3, 6, 9 и 16 мес после выставленного диагноза. Нами была выделена и оценена степень КР по Шкале оценки состояния когнитивных функций (MMSE – Mini-Mental State Examination) по оригинальной схеме Фолштейна и Макхью с оценкой следующих параметров: ориентировка во времени, месте и местности; внимание и сосредоточение; фиксирование нового материала и его припоминание после отвлечения; простой счет; узнавание предметов и лица; демонстрация адекватного использования предметов повседневного пользования, использование письменного и устного вещания; воспроизведение в памяти общеизвестных фактов, как исторических, так и недавних. Нарушением когнитивных функций считали оценку < 28 баллов.

ОЦЕНКА ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

С помощью СГО мы провели комплексную оценку состояния основных гериатрических синдромов в динамике – инсомнии, синдрома недостаточности питания (мальнутриции), инконтиненции, КР, синдрома падений, тревожно-депрессивного синдрома. Их интегральная балльная оценка представлена в табл. 1.

В ходе проведенного исследования мы выявили, что у пациентов, перенесших НМК в виде инфаркта мозга, или вследствие ЧМТ распространенность гериатрических синдромов выше, чем у пациентов с ПКДР.

С помощью многофакторного анализа вклада определенных гериатрических синдромов в усугубление изучаемых неврологических заболеваний выявлено, что значимую роль в дестабилизации ПКДР играет развитие синдрома инконтиненции ($r = +0,718$; $p < 0,05$); у пациентов, перенесших ЧМТ – синдромов КР и инконтиненции ($r = +0,846$; $p < 0,02$); у перенесших инфаркт мозга – синдромов КР и в равной степени – синдромов мальнутриции и тревожно-депрессивного ($r = +0,848$; $p < 0,02$).

На следующем этапе исследования была оценена распространенность синдрома КР (в расчете на 100 пациентов) среди изучаемых неврологических патологий, а также динамики коррекции этого синдрома в восстановительном и резидуальном периодах заболеваний (в табл. 2).

В ходе исследования обнаружилось, что с возрастом нарастание КР достоверно увеличивается, в частности, в большей степени – у пациентов старшего возраста после перенесенного инфаркта мозга (в 2,8 раза по сравнению с пациентами среднего возраста) и ЧМТ (в 3,6 раза по сравнению с пациентами среднего возраста) спустя 1 мес после произошедших НМК ($p < 0,05$). В процессе анализа полученной информации отмечена следующая закономерность: у пациентов

старшего возраста после перенесенного инфаркта мозга достоверно чаще развивался синдром КР, чем после ЧМТ (в 1,0 раза) и чем с ПКДР (в 3,5 раза) спустя 1 мес после возникновения заболевания. Причем с течением восстановительного периода появлялась тенденция улучшения к 9-му месяцу и практически не менялась к 16-му месяцу лечения и наблюдения. У пациентов, перенесших НМК после ЧМТ, отмечались следующие особенности: частота КР была достоверно выше, чем при ПКДР и практически такой же, как у пациентов после перенесенного инфаркта мозга. В восстановительном периоде отмечено стойкое улучшение с достижением пика к 16-му месяцу реабилитации и наблюдения. Наименьшая степень распространенности когнитивных нарушений выявлена у пациентов с ПКДР. При анализе в данной группе обнаружены стойкие КР в течение всего периода наблюдения. Приведенные данные позволяют сделать вывод, что проблема возникновения КР у пациентов с неврологической патологией весьма актуальна и требует разработки скрининга этих нарушений. В старших возрастных группах также необходимо применение дополнительных лечебно-реабилитационных мероприятий при ведении больных для коррекции синдрома КР (в наибольшей степени – для пациентов с НМК вследствие перенесенного инфаркта мозга).

Таким образом, при перенесенном инфаркте мозга и после ЧМТ у пациентов среднего возраста с увеличением срока давности заболевания происходило достоверное снижение распространенности синдромов, которые были обусловлены общим фоном заболевания, а в пожилом и старческом возрасте достоверной их динамики у пациентов с ПКДР не отмечено, так как наличие гериатрических синдромов коррелировало не только с наличием заболевания, но и с возрастом, а в группах пациентов после перенесенного инфаркта мозга

и ЧМТ отмечено снижение частоты КР после проведенного лечения по международным стандартным и национальным рекомендациям.

Однако распространенность КР в старших возрастных группах к 16-му месяцу лечения была достоверно выше, чем в группах среднего возраста: в 1,9 раза – у пациентов с ПКДР, в 3,7 раза – после перенесенной ЧМТ и в 5,9 раза – после перенесенного инфаркта мозга на 16-й месяц лечения ($p < 0,05$). Частота КР у пациентов с инфарктом мозга уменьшилась с $79,8 \pm 1,1\%$ через 1 мес до $51,5 \pm 0,7\%$ – через 16 мес после проведенного лечения и обследования. Более благоприятная картина отмечалась у пациентов, перенесших НМК вследствие ЧМТ (достоверно значимое снижение с $78,9 \pm 1,1\%$ через 1 мес до $39,3 \pm 0,7\%$ через 16 мес; $p < 0,05$). В группе пациентов с ПКДР положительной динамики не отмечалось ($p > 0,05$).

РОЛЬ КР В ФОРМИРОВАНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Следующий этап исследования должен был дать ответ на вопрос, какой компонент КР представляет собой наиболее уязвимое звено у пациентов пожилого и старческого возраста при исследуемых неврологических заболеваниях. В табл. 3 приведены данные, полученные через 1 мес после начала заболевания с помощью опросника MMSE. Так, при развитии ПКДР у пациентов старшего возраста отмечались проблемы с концентрацией внимания ($y 15,5 \pm 4,1\%$; $p < 0,05$), после ЧМТ – с памятью и концентрацией внимания (соответственно $76,2 \pm 6,2$ и $71,6 \pm 3,7\%$) и в меньшей степени – с восприятием ($y 61,2 \pm 5,8\%$), а после перенесенного инфаркта мозга – с памятью и концентрацией внимания и в меньшей степени – с речью и восприятием (соответственно $78,4 \pm 6,0$ и $70,4 \pm 6,0$; $55,4 \pm 6,0$ и $54,4 \pm 6,0\%$; $p < 0,05$); см. табл. 3.

Таблица 1

Интегральные результаты применения СГО; баллы (M±m)

Период исследования, мес	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	средний возраст	старший возраст	средний возраст	старший возраст	средний возраст	старший возраст
1	2,3±0,2	3,3±0,3	5,7±0,6	8,9±0,6 [#] *	4,9±0,7	9,8±0,9 [#] ***
3	1,8±0,3	2,8±0,3	4,4±0,5	8,8±0,6 [#] *	4,2±0,5	8,4±0,7 [#] ***
6	0,2±0,1	1,1±0,1 [#]	3,7±0,4	7,9±0,5 [#] *	3,9±0,4	4,6±0,4 [#] ***
9	0,200±0,002	0,600±0,002	1,9±0,2	6,8±0,3 [#] *	3,4±0,2	3,7±0,2 [#] ***
16	0,100±0,001	0,200±0,002	1,3±0,1	6,7±0,2 [#] *	2,1±0,1	3,5±0,1 [#] ***

Примечание. Достоверность различий между пациентами – $p < 0,05$: * – 1-й и 2-й группы, ** – 2-й и 3-й группы, *** – 1-й и 3-й группы (здесь и в последующих таблицах); [#] – между подгруппами больных среднего и старшего возраста в каждой группе (здесь и в табл. 2).

Таблица 2

Распространенность КР у пациентов с неврологической патологией; %

Период исследования, мес	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	средний возраст	старший возраст	средний возраст	старший возраст	средний возраст	старший возраст
1	21,1±0,8	23,1±0,8	28,1±0,8	78,9±1,1 [#] *	22,1±0,8	79,8±1,1 [#] ***
3	22,8±0,6	22,8±0,5	22,8±0,6	56,8±0,9 [#] *	21,8±0,5	68,4±0,8 [#] ***
6	18,1±0,5	25,1±0,5	19,1±0,5	45,5±0,8 [#] *	20,1±0,5	64,6±0,8 [#] ***
9	17,3±0,4	24,4±0,3	11,4±0,3	44,8±0,8 [#] *	19,4±0,1	53,7±0,7 [#] **, ***
16	11,3±0,2	21,7±0,2 [#]	10,7±0,2	39,3±0,7 [#] *	8,7±0,02	51,5±0,7 [#] **, ***

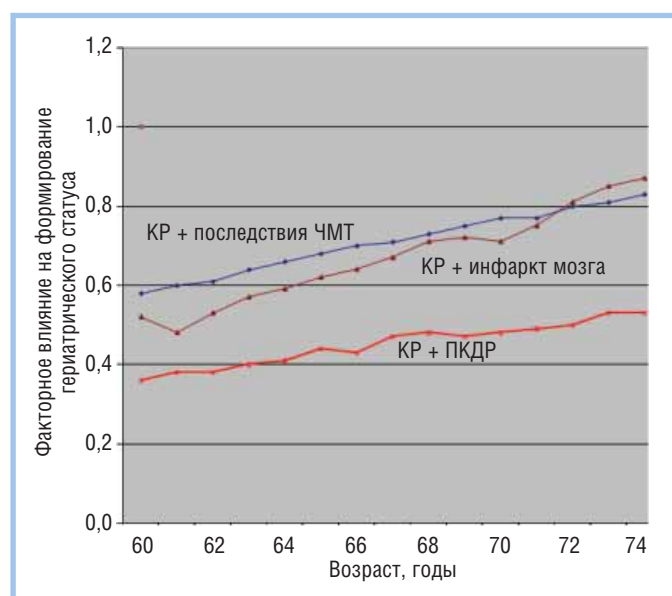
Распространенность КР в соответствии с опросником MMSE у пациентов неврологического профиля; %

Таблица 3

Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Ориентировка во времени	1,2±3,9	26,4±6,0*	36,4±6,0**,***
Ориентировка по месту	11,4±3,0	33,2±4,8*	23,4±6,0**,***
Восприятие	9,5±3,9	61,2±5,8*	54,4±6,0***
Концентрация внимания	22,5±3,8	71,6±3,7	70,4±6,0***
Память	15,5±4,1	76,2±6,2*	78,4±6,0***
Речь	1,1±2,8	12,3±4,7*	55,4±6,0**,***
Трехэтапная команда	2,3±2,5	13,9±4,8*	11,4±6,0***
Чтение	3,4±6,0*	11,4±6,0*	24,4±6,0**,***
Срисовка рисунка	14,4±6,0*	32,4±6,0*	34,4±6,0***

Для полноценного анализа роли КР мы провели многомерный биометрический анализ влияния наличия неврологических заболеваний и синдрома КР на развитие основных гериатрических синдромов — таких как инсомния, мальнутриция, инконтиненция, синдром падений, тревожно-депрессивный синдром. Оказалось, что прогрессирование синдрома когнитивного дефицита с возрастом у пациентов с НМК вследствие ЧМТ и инфаркта мозга подчинялось в целом законам арифметической, а при ПКДР — геометрической прогрессии (см. рисунок). Это подтверждает вклад КР в усугубление течения основной неврологической патологии при НМК вследствие инфаркта мозга или ЧМТ и отличает развитие КР у пациентов пожилого и старческого возраста с неврологической патологией от таковых у пациентов без когнитивного дефицита, когда распространенность синдрома когнитивных нарушений подчинялась законам частичного накопления.

С помощью корреляционного анализа у пациентов старшего возраста с неврологической патологией и синдромом КР



Результаты многомерного анализа влияния КР у пациентов с неврологической патологией на формирование гериатрического статуса

мы выявили, что последний имел статистически значимую сильную положительную корреляционную связь с синдромом мальнутриции ($r=0,84$; $p<0,05$) и статистически значимую среднюю положительную связь с тревожно-депрессивным синдромом ($r=0,66$; $p<0,05$) у пациентов после инфаркта мозга. Синдром КР имел также статистически значимую сильную положительную корреляционную связь с синдромом инконтиненции ($r=0,84$; $p<0,05$) у пациентов после ЧМТ и не имел корреляционной связи при ПКДР. Такого характера взаимосвязь этих синдромов обусловлена многими причинами, а именно — патогенетическим влиянием синдрома КР на прогрессирование синдромов мальнутриции, тревожно-депрессивного и инконтиненции [5, 6], что требует разработки комплексного подхода

к тактике ведения таких пациентов, включающего назначение селективных блокаторов обратного захвата серотонина (флуоксетин 20 мг) при развитии тревожно-депрессивного синдрома, нутритивной поддержки — при развитии синдрома мальнутриции, проведение когнитивной гимнастики, обучения родственников корректной реабилитации и др.

В заключение отметим, что увеличение распространенности и степени выраженности синдрома КР в пожилом и старческом возрасте в восстановительном и резидуальном периодах неврологического заболевания имеет принципиальное значение, так как в совокупности с неврологическими последствиями заболевания это ведет к ухудшению качества жизни, повышению зависимости в повседневной жизни, прогрессированию и присоединению гериатрических синдромов, что в совокупности обуславливает высокую инвалидность и летальность.

Литература

1. Tomasovic N. Geriatric-palliative care units model for improvement of elderly care // Coll. Antropol. — 2004; 29 (1): 277–82.
2. Ильницкий А.Н., Процаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // Геронтол. журн. им. В.Ф. Купревича. — 2012; 4–5: 66–84.
3. Процаев К.И., Ильницкий А.Н., Кривецкий В.В. и др. Особенности клинического осмотра пациента пожилого и старческого возраста // Успехи геронтол. — 2013; 3: 79–82.
4. Biein B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach // Roczn. Akad. Med. Bialymst. — 2005; 50: 189–92.
5. Ihle-Hansen H., Thommessen B., Fagerland M. Multifactorial vascular risk factor intervention to prevent cognitive impairment after stroke and TIA: a 12-month randomized controlled trial // Int. J. Stroke. — 2014; 9 (7): 932–8.
6. Mellon L., Brewer L., Hall P. et al. Cognitive impairment six months after ischaemic stroke: a profile from the ASPIRE-S study // BMC Neurol. — 2015; 15: 31.

THE ROLE OF COGNITIVE DISORDERS AND OTHER GERIATRIC SYNDROMES IN THE FORMATION OF GERIATRIC STATUS IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL DISEASES

*Yu. Gubarev, Candidate of Medical Sciences
Belgorod state national research University*

In this article the results of studies on prevalence of cognitive disorders in patients with neurological diseases such as abnormalities of the lumbosacral discogenic sciatica, cerebrovascular accident due to traumatic brain injury or cerebral infarction. We evaluated the role of the development of cognitive disorders in the formation of the geriatric status and the worsening of the flow of neurological diseases such patients.

Key words: neurology, neurological profile, neurology, elderly age, cognitive impairment, geriatric status, geriatric syndromes, geriatric care.