

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИСТА ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

А. Шарова, кандидат медицинских наук
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва
E-mail: rsmu@rsmu.ru

Рассматриваются часто встречающиеся в практике специалиста эстетической медицины когнитивные нарушения, нервная орторексия, дисморфомании и дисморфофобии. Предложены современные пути коррекции когнитивных нарушений.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, эстетическая медицина, врач-косметолог, пластический хирург, специалист по эстетической медицине, деменция, нервная орторексия, дисморфофобия, дисморфомания.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (КН) В ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИСТА ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Для современного человека (как для женщин, так и для мужчин) характерны стремление к эстетическому совершенствованию, улучшению внешнего вида, интерес к профилактическим и оздоровительным программам, способствующим повышению потенциала здоровья и достижению эстетического компонента. Поэтому сегодня врач-косметолог или пластический хирург первыми из специалистов могут заподозрить и диагностировать возраст-ассоциированную патологию, в том числе КН.

Будучи широко распространенными в популяции, КН представляют собой актуальную проблему во всем мире, способны приводить к развитию тяжелых дементных форм и снижению качества жизни индивидуума. КН, выявленные на ранних этапах, могут быть легко нивелированы приемом нейропротекторов и комплексом мероприятий по коррекции когнитивного дефицита [1].

Ранняя диагностика когнитивных расстройств (КР) у людей среднего возраста в европейских странах – не редкость для врачей разных специальностей, в том числе специалистов эстетической медицины. В Российской Федерации это развито в меньшей степени; еще реже встречаются работы о влиянии на оценку качества оказываемой помощи КР разной степени. По данным программы ПРОМЕТЕЙ, организованной кафедрой нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и проведенной в 30 регионах Российской Федерации (≥ 3000 пациентов пожилого и старческого возраста в виде амбулаторного скрининга по ухудшению памяти, а при наличии выявленных нарушений – стандартного нейропсихологического тестирования по шкале MMSE и тесту рисования часов), у 85% пациентов старших возрастных групп установлены субъективные расстройства памяти и умственная утомляемость, в том числе объективно подтвержденные с помощью тестов КН разной степени выраженности – у 67 % пациентов. Тяжесть выявленных КР была такой: деменция – у 25%, умеренные и легкие КР – у 44%, субъективные жалобы при нормальном

выполнении нейропсихологических тестов — у 14%, отсутствие каких-либо расстройств в когнитивной сфере — у 17% обследованных [2].

Интенсификация проводимых исследований по скринингу КН позволила внедрить в практику инновационные технологии нейровизуализации, методы иммуногистохимической и ультраструктурной диагностики КН, а также раскрыть ключевые аспекты патогенеза молекулярных механизмов памяти и других познавательных функций. В результате стало возможным внедрение в практику врачей разных специальностей перспективных препаратов нейропротективного действия профилактического профиля, позволяющих значимо отсрочить и замедлить развитие КН. Эти данные подтверждают актуальность скрининга додементных форм КР в молодом и среднем возрасте для предотвращения возникновения и прогрессирования когнитивного дефицита в старших возрастных группах. Однако нужно подчеркнуть, что в скрининге КР в наименьшей степени изучена роль специалистов эстетической медицины — таких как врачи-косметологи, пластические хирурги и дерматовенерологи, хотя именно они нередко становятся первичным звеном оказания помощи при обращении таких пациентов [1, 2].

Патогенез КР обусловлен возрастными преобразованиями нервной ткани. Под влиянием меняющихся условий окружающей среды происходит уменьшение нейрональной пластичности, т.е. способности нейронов головного мозга формировать новые дендриты и синапсы, изменяются свойства нейрональной мембраны. Феномен нейрональной пластичности обуславливает репаративные церебральные процессы в ответ на внешние неблагоприятные воздействия [3].

В ряде публикаций зарубежных авторов особая роль в развитии и прогрессировании КР, появлении сезонной депрессии отводится дефициту витамина D. В частности, добавление его в рацион повышает нервномышечную или нейропротективную функцию. Поэтому контроль содержания витамина D, а также совершенствование методов диагностического скрининга и разработка программ профилактики его гиповитаминоза сегодня актуальны для врачей любого профиля, особенно — для специалистов эстетической медицины [4].

Особую роль в ежедневной практике специалиста эстетической медицины играют такие состояния, как нервная орторексия, дисморфофобии и дисморфомании, являющиеся особой формой КР. В основе патогенеза этих состояний лежат нарушения обмена нейромедиаторов — дефицит γ -аминомасляной кислоты, нарушения выработки серотонина и дофамина. Указанные биохимические нарушения могут быть приобретенными, но чаще обусловлены наследственными факторами. Теория выработки низкого уровня серотонина поддерживается тем фактом, что многие пациенты положительно реагируют на терапию селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, которые составляют особый класс антидепрессантов, и обеспечивают повышенную концентрацию серотонина, доступного для нейронов [4, 5].

Диагностирование КР первично проводится с помощью определенных тестов, например, теста Брауна–Петерсона, суть которого состоит в воспроизведении цифр и букв в обратной последовательности, с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), признанной во всем мире наиболее объективным и простым способом выявления КР, или теста рисования часов, по качеству выполнения которого можно судить не только о наличии КР, но и их степени. Подтверждение диагноза проводят врачи других специальностей

(терапевты, неврологи, нейрохирурги). Обследование включает общеклинические методы (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ, определение гормонального дисбаланса, нарушений толерантности к глюкозе, выявление недостаточности микроэлементов, витамина B12, фолиевой кислоты), инструментально-физикальные методы обследования, а также подтверждение риска развития КР с помощью биоматериала буккального эпителия на выявление тау-протеина.

ВАРИАНТЫ КР В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-КОСМЕТОЛОГОВ И ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

Указывать на КР могут следующие состояния, встречающиеся в практике врача-косметолога, врача-дерматовенеролога и пластического хирурга, — это развитие нервной орторексии, признаки дисморфомании и дисморфофобии.

Нервная орторексия — расстройство приема пищи, характеризующееся навязчивым стремлением к «здоровому и правильному питанию», что обуславливает значительные ограничения в выборе продуктов питания. Орторексия весьма часто встречается в молодом возрасте. Болезнь достаточно серьезная, часто приводящая к очень тяжелым последствиям как для физического, так и для психического здоровья человека. На данный момент строгих диагностических критериев орторексии не существует; этот диагноз не включен в классификаторы DSM-IV и МКБ-10 и поэтому не может быть поставлен официально. Однако специалисты широко используют термин «орторексия» при описании данного расстройства пищевого поведения. Одни исследователи считают, что орторексия — разновидность невроза навязчивых состояний или ипохондрии. Другие авторы полагают, что орторексия — не психическое расстройство, а всего лишь социальная тенденция, которая может привести к серьезным нарушениям пищевого поведения — таким, как нервная анорексия. Отмечается, что лицам, страдающим нервной анорексией и со склонностью к орторексии, присущи сходные черты характера: перфекционизм, высокий уровень тревожности, потребность в контроле над своей жизнью. Тем не менее различие между орторексией и анорексией заключается в том, что при анорексии индивид озабочен в первую очередь количеством пищи и ее калорийностью, а при орторексии — ее качеством.

Питание с множеством ограничений, ритуалами и набором «чистых» продуктов приводит к дефициту массы тела, истощению, присоединению анемии, появлению судорог, развитию заболеваний сердечно-сосудистой системы, остеопорозу и раннему остеартрозу [6]. У таких пациентов возникают нарушения пищевого поведения, психические и тревожно-депрессивные расстройства, нарушение социальных контактов, в крайних случаях возможен даже летальный исход [7]. Диагностика этой патологии заключается в тестировании по опроснику Стивена Брэтмэна, позволяющему выявить симптомы орторексии. Для диагностики нервной орторексии применяется римский опросник ORTO-15 (Institute of Food Sciences, University of Rome «La Sapienza»).

В настоящее время орторексия рассматривается: как самостоятельное заболевание; как вариант развития другого известного расстройства приема пищи (в частности, анорексии или булимии); как проявление расстройства личности и как проявление синдрома навязчивых действий (обсессивно-компульсивного) [8].

Дисморфомания подразумевает под собой психическое расстройство, которое наиболее часто встречается в практике специалиста эстетической медицины и подразумевает бо-

лезненную убежденность в воображаемом недостатке. Такая убежденность приобретает бредовый характер, не поддающийся коррекции, с отсутствием критики к своему состоянию и часто — с вредными последствиями (стремление к аутоагрессии, самокалечению, а порой и самоубийству). Нередко наблюдаются механизмы индукции. Мысли об имеющемся уродстве чаще всего монотематичны, стойкие, доминируют в сознании пациента, определяют его поведение, а также рисунок жизни, сопровождаются депрессиями, иногда с упорными мыслями о самоубийстве [9]. Состояние носит психотический характер. Характерно возникновение синдрома Ван Гога (Abram H., 1966), когда больной либо сам себя оперирует (или проводит косметические манипуляции), либо настаивает на определенной операции.

В ряде случаев превалирует стремление преодолеть недуг путем подбора оздоровительных мероприятий, шадящего режима и самолечения (сверхценная ипохондрия). Для таких пациентов характерны симптом фотографии (категорический отказ фотографироваться под разными предлогами из опасения, что фото «увечковечит уродство») и симптом зеркала (навязчивое стремление постоянно искать в своем отображении выгодный ракурс, в котором предполагаемый дефект не виден) [9, 10]. Часто у таких пациентов развивается коморбидная депрессия.

При диагностике дисморфомании используют общие критерии, относящиеся к соматоформным расстройствам (МКБ-10; код F45). При подозрении на дисморфоманию необходимо обратить внимание на следующие признаки и особенности поведения: чрезмерный уход за внешностью, проявляющийся в постоянных и слишком частых процедурах, например, чистки кожи, мезотерапии, пилинга, причесывании волос, выщипывании бровей, эпиляции или депиляции и т.д.; навязчивое касание кожи для ощупывания «дефекта» [9, 10].

Дисморфофобии — это психические расстройства, также часто встречающиеся в практике специалиста эстетической медицины. Они относятся к obsessивным расстройствам (навязчивый страх невротического состояния, связанного с убежденностью в наличии дефекта внешности). Дисморфофобия лежит в основе анорексии. Заболевание также носит хронический характер. Это одна из форм социофобии, которой, по данным ВОЗ, страдают 16% людей. Диагностические критерии дисморфофобии основаны на выявлении озабоченности предполагаемым дефектом по внешности и внутреннему состоянию. Появляющийся тревожно-депрессивный синдром может сопровождаться паническими атаками. Возникает желание исправить дефект с помощью косметологии или пластической хирургии; пациенты соглашаются на многократные пластические операции, которые не приносят желаемого удовлетворения. Возможны попытки удалить «дефект» самостоятельно (например, ножом, когда в роли дефекта выступают родимое пятно или другая особенность нормальной кожи) [10].

СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ КН

Особую роль играет нутритивная поддержка, которая заключается в потреблении с пищей достаточного количества флавоноидов, содержащихся в красном винограде, сливе, арахисе, и каротиноидов, которыми богаты свежие фрукты, овощи красного, желтого, синего, зеленого цвета в объеме >400 г в сутки. Большое значение придается употреблению морепродуктов и рыбы, необходимому количеству витамина Е (содержится в оливковом масле холодного отжима,

рукколе, авокадо, кедровых орехах) [11]. Важно проведение ежедневной когнитивной гимнастики и достаточный объем физических упражнений.

Медикаментозная терапия КН включает ноотропные и нейропротективные препараты. Из растительных препаратов выделяют гинкго и готу-кола, которые улучшают мозговое кровообращение и являются сильными антиоксидантами, применяются в эстетической и антивозрастной медицине [11].

Ноотропы оказывают специфическое влияние на высшие интегративные функции головного мозга. Положительными свойствами ноотропов являются их малая токсичность, хорошая сочетаемость с препаратами других фармакологических групп и практически отсутствие побочных действий и осложнений. Они способны улучшать информационный обмен в головном мозге, а также оказывать мембраностабилизирующее, антиоксидантное и антигипоксическое действие. Выделяют непептидные биорегуляторы (в частности, холин), которые повышают выработку ацетилхолина (тем самым улучшается работа мозга, повышается анти- и прооксидантный статус), обладают стрессопротективным действием. Применяется также группа пептидных биорегуляторов (так, кортексин способен осуществлять метаболическую регуляцию, функциональную нейромодуляцию, регулировать уровень серотонина и дофамина, повышать эффективность энергетического метаболизма клеток головного мозга, ускорять регенерацию функций головного мозга) [12].

Свою нишу в коррекции КР занимают препараты с антидепрессивным эффектом, например ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин). В коррекции КН эффективны препараты, восполняющие недостаток γ -аминомасляной кислоты (фенибут, ноофен). Особую роль при КН играют агонисты D2/D3-рецепторов (в частности, пирибедил увеличивает кровоснабжение тканей мозга, потребление ими кислорода, стимулирует передачу нервных импульсов) [13].

Таким образом, такие КН, как нервная орторексия, дисморфофобии и дисморфомании, нередко встречающиеся в практике специалиста эстетической медицины, могут определять недовольство пациента объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, быть предвестниками развития возрастассоциированных состояний, что в дальнейшем приводит к снижению качества жизни людей старших возрастных групп.

Литература

1. Захаров В.В. Ведение пациентов с когнитивными нарушениями // РМЖ. — 2007; 6: 510–6.
2. Слободин Т.А., Горева А.В. Когнитивный резерв: причины снижения и защитные механизмы // Междунар. неврол. журн. — 2012; 3 (49): 161–5.
3. Боголепова А.Н. Коррекция функции холинергической системы у больных с когнитивными расстройствами // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. — 2009; 1: 14–26.
4. Schlogl M., Holick M. Vitamin D and neurocognitive function // Clin. Interv. Aging. — 2014; 2 (9): 76–93.
5. Denzer N., Vogt T., Reichrath J. Vitamin D receptor (VDR) polymorphisms and skin cancer: A systematic review // Dermatoendocrinology. — 2011; 3 (3): 205–10.
6. Barnes M., Caltabiano M. The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style // Eat Weight Disord. — 2016; 2 (1): 33–65.
7. Haman L., Barker-Ruchti N. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome // Int. J. Qual. Stud. Health Well-being. — 2015; 10: 13–22.
8. Brytek-Matera A., Donini L., Krupa M. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students // J. Eat Disord. — 2015; 24 (3): 45–53.

9. Бегоян А.Н. Когнитивно-концептуальная терапия телесного дисморфического расстройства: анализ случая // Теор. и практ. психотер. – 2015; 5 (9): 38–48.

10. Grant J., Redden S., Leppink E. et al. Skin picking disorder with co-occurring body dysmorphic disorder // Body Image. – 2015; 15: 44–8.

11. Baune B., Renger L. Pharmacological and non-pharmacological interventions to improve cognitive dysfunction and functional ability in clinical depression- a systematic review // Psychiatry Res. – 2014; 19 (1): 25–50.

12. Хавинсон В.Х., Анисимов С.В., Малинин В.В. и др. Пептидная регуляция генома и старение / М.: ПАМН, 2005; 208 с.

13. Pehrson A., Leiser S., Gulinello M. Treatment of cognitive dysfunction in major depressive disorder- a review of the preclinical evidence for efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors and the multimodal-acting antidepressant vortioxetine // Eur. J. Pharmacol. – 2015; 7 (53): 19–31.

TYPES OF COGNITIVE DISORDERS IN THE PRACTICE OF A SPECIALIST OF ANTI-AGEING MEDICINE

A. Sharova, *Candidate of Medical Sciences*

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The article describes the main types of cognitive impairment encountered in the practice of a specialist of anti-ageing medicine, in particular, orthorexia nervosa, dismorphomania and body dysmorphic disorder. The questions of pathogenesis, early diagnosis. We offered modern ways of correction of cognitive disorders.

Key words: cognitive disorders, anti-ageing medicine, cosmetologist, plastic surgeon, specialist in anti-ageing medicine, dementia, orthorexia nervosa, dysmorphic disorder, dismorphomania.