

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-09-14>

Коррекция когнитивных нарушений при соматической патологии на санаторно-курортном этапе лечения

С. Воронцов, кандидат медицинских наук,
И. Макарова

Медицинский центр Управления делами Президента РФ,
Москва

E-mail: innamakarova@mail.ru

Оценивается динамика когнитивных нарушений у больных артериальной гипертензией с факторами риска хронической болезни почек на этапе санаторного лечения.

Ключевые слова: кардиология, артериальная гипертензия, хроническая болезнь почек, когнитивные нарушения, санаторно-курортное лечение.

Для цитирования: Воронцов С., Макарова И. Коррекция когнитивных нарушений при соматической патологии на санаторно-курортном этапе лечения // Врач. – 2018; 29 (9): 62–64. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-09-14>

Развитие когнитивных нарушений (КН) у пациентов с соматической патологией в настоящее время рассматривается как самостоятельная медико-психологическая и социально-экономическая проблема, поскольку КН, являющиеся, по сути, вторичными по отношению к соматической патологии, могут прямо влиять на отдельные звенья патогенеза соматических заболеваний, а также на качество жизни, социальную и бытовую активность больных [5].

В мире наблюдается тенденция к неуклонному росту числа лиц с хронической болезнью почек (ХБП). Ее распространенность, согласно крупным популяционным исследованиям, составляет не менее 10% и среди отдельных групп населения может достигать 20%, в частности, у пожилых людей, больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ), метаболическим синдромом, сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Несмотря на значительный прогресс в области заместительной почечной терапии, летальность больных, находящихся на диализе, остается довольно высокой, а продолжительность жизни — короче, чем в общей популяции, в том числе из-за значительной частоты сопутствующих ССЗ [7].

Предупредить и максимально отдалить развитие хронической почечной недостаточности, когда возможности влияния на прогноз ограничены, позволяет раннее выявление ХБП и своевременное применение

эффективных методов лечения, включая меры по максимальному ослаблению факторов риска прогрессирования.

АГ является одним из ведущих факторов риска развития и дальнейшего прогрессирования ХБП [1, 2, 8, 9]. В свою очередь, оба этих фактора относятся к независимым предикторам формирования КН [6].

Не вызывает сомнений, что медикаментозная терапия как ССЗ, так и развернутой почечной патологии, становится экономически все более затратной и поэтому малорациональной. В связи с этим усиливается поиск новых и расширяется круг уже опробованных («старых») немедикаментозных методов лечения. В частности, обосновывается целесообразность использования в лечении больных АГ с факторами риска ХБП реабилитационных программ на санаторном этапе с учетом особенностей КН.

Таким образом, представляется актуальной оценка степени КН у больных АГ в зависимости от наличия почечных факторов риска и их динамики в ходе санаторно-курортного лечения.

Нами был изучен когнитивный статус 200 пациентов (86 мужчин и 114 женщин; средний возраст — $55,0 \pm 1,4$ года) с АГ I–II степени и риском ХБП, находившихся на лечении в ФГБУ «Объединенный санаторий “Подмосковье”» Управления делами Президента РФ. Курс лечения включал комплекс бальнео- и физиотерапевтических процедур, электро- и светолечения, лечебной физкультуры (ЛФК) в бассейне и спортивном зале, терренкура в комплексе с сеансами групповой и индивидуальной психотерапии (средний срок санаторного лечения — $17,1 \pm 2,4$ дня). Обследование проводили дважды: в 1–2-й день пребывания в санатории и за 1–2 дня до отъезда; оно включало общее клиническое исследование, определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), анализ на альбуминурию (АУ), клинический и биохимический анализы крови, нейропсихологическое тестирование, направленное на оценку когнитивных процессов (зрительная память — тест «пять фигур», слухоречевая память — тест «10 слов», умственная работоспособность — тест «отсчитывание», произвольное внимание — таблицы Шульце, комплексная оценка когнитивных функций — шкала MMSE, лобная дисфункция — шкала FAB).

При статистической обработке материала использовали пакет программ SPSS Statistics 18.00. При оценке достоверности различий в показателях до и после санаторного лечения использовали непараметрический критерий U Манна–Уитни. Статистическая значимость частотных различий проверялась критерием χ^2 Пирсона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

До начала санаторного лечения у 104 пациентов с АГ были выявлены факторы риска ХБП, которыми, согласно рекомендациям KDIGO [3] и Научного общества нефрологов России [4], являются повышение

уровня АУ в диапазоне 10–29 мг/л и снижение СКФ <90, но >60 мл/мин/1,73м². Это позволило разделить пациентов на 2 группы: 1-я – 104 больных АГ с факторами риска ХБП, 2-я – 96 больных АГ без факторов риска ХБП.

В 1-й группе до начала санаторного лечения были отмечены достоверно более низкий (по сравнению со 2-й группой) уровень практически всех когнитивных функций и большая степень выраженности КН. Так, умеренные когнитивные расстройства были выявлены у 79,8% пациентов 1-й группы, во 2-й – у 54,1%. У остальных пациентов наблюдалось снижение отдельных когнитивных функций, не достигавшее умеренной степени выраженности.

У пациентов с АГ и факторами риска ХБП отмечались достоверно худшие показатели произвольного внимания и слухоречевой памяти, чем во 2-й группе. Так, в 1-й группе выявлены более выраженное сужение объема концентрации произвольного внимания (соответственно 75,1±5,7 и 71,4±6,2 с; p<0,05), а также снижение средней скорости умственной работоспособности (соответственно 81,8±5,9 и 67,7±4,5 с; p<0,05). В целом в обеих группах показатели внимания находились ниже нормы, что отражало повышенную утомляемость и истощаемость, а также флуктуации произвольного внимания.

Кроме того, в 1-й группе выявлен более низкий, чем во 2-й, объем запоминания слухоречевых стимулов, худшие показатели запоминания (в 1-й группе – 6,3±1,4 балла, при этом во 2-й – 7,7±1,2 балла, что соответствует норме; p<0,01), а также фиксации стимулов в условиях гетерогенной интерференции (соответственно 4,5±0,8 и 5,6±1,5 балла; p<0,05). Показатели зрительной памяти до начала санаторного лечения в группах практически не различались и соответствовали норме (4,7±0,4 и 4,8±0,1 балла), что может указывать на отсутствие выраженного снижения зрительной памяти у больных указанных групп на данном этапе развития патологии.

При комплексной оценке когнитивных функций по шкале MMSE у пациентов 1-й группы средний балл соответствовал степени легких КН (24,8±1,2 балла), а во 2-й – приближался к границе нормы (26,9±1,3 балла), но при оценке индивидуальных показателей в 1-й группе выявлено больше пациентов с умеренными КН, чем во 2-й.

При оценке лобной дисфункции по шкале FAB оказалось, что до начала санаторного лечения в обеих группах пациентов средний показатель соответствовал норме (соответственно 16,0±0,3 и 16,7±0,8 балла; p<0,05), что может свидетельствовать о должной степени сохранности функций лобных долей.

После санаторного лечения в 1-й группе достоверно улучшились показатели, отражающие факторы риска ХБП: отмечены значимое снижение АУ (с 14,8±1,7 до 11,9±1,2 мг/л; p<0,05) и повышение СКФ (с 69,1±3,4 до 74,8±4,1 мл/мин/1,73м²; p<0,01) наряду со снижением уровня креатинина сыворотки крови (с 87,9±4,8 до 85,4±3,8 мкмоль/л; p<0,01).

Одновременно в обеих группах отмечено достоверное улучшение практически всех показателей когнитивных функций.

Средний показатель концентрации произвольного внимания в 1-й группе изменился с 75,1±5,7 до 70,4±3,7 с (p<0,05); во 2-й группе – с 71,4±6,2 до 64,3±5,2 с (p<0,05), что отражало рост объема и концентрации внимания, а также снижение истощаемости в пределах одного задания, причем более выраженными изменениями были во 2-й группе (табл. 1). Кроме того, повысилась скорость умственной работоспособности: у больных АГ с факторами риска ХБП (1-я группа) достоверно сократилось время, необходимое для выполнения задания (с 81,8±5,9 до 76,6±4,6 с; p<0,05). Достоверное снижение количества ошибок в пробах в обеих группах свидетельствует об уменьшении флуктуаций произвольного внимания и повышении темпа мыслительной деятельности (в 1-й группе – с 3,5±0,5 до 2,6±0,4; p<0,05, во 2-й группе –

Данные нейропсихологического обследования после санаторного лечения (M±σ)

Таблица 1

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Слухоречевая память, баллы:				
• краткосрочная	6,3±1,4	7,6±1,1*	7,7±1,2	8,5±2,1*
• отсроченное воспроизведение	4,5±0,8	4,9±0,2*	5,6±1,5	6,2±1,1*
Зрительная память, баллы	4,7±0,4	4,8±0,3	4,8±0,1	4,7±0,6
Концентрация произвольного внимания, с	75,1±5,7	70,4±3,7*	71,4±6,2	64,3±5,21*
Скорость умственной работоспособности, с	81,8±5,9	76,6±4,6*	67,7±4,5	65,2±5,8
Эффективность умственной работоспособности, число ошибок	3,5±0,5	2,6±0,4	2,8±0,6	2,1±0,3

Примечание. Достоверность различий: между группами – во всех случаях p<0,05; различия показателей до и после санаторного лечения: * – p<0,05 (здесь и в табл. 2).

Результаты исследования когнитивных процессов у обследованных после санаторного лечения ($M \pm \sigma$); баллы

Таблица 2

Шкала	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
MMSE	24,8±1,2	26,9±2,3*	26,9±1,3	27,4±0,5*
FAB	16,0±0,3	16,9±0,4*	16,7±0,8	17,2±0,7

с $2,8 \pm 0,6$ до $2,1 \pm 0,3$; $p < 0,05$). В то же время изменения показателей роста скорости умственной работоспособности во 2-й группе были выражены недостоверно (см. табл. 1).

У больных АГ с факторами риска ХБП отмечалось улучшение показателей слухоречевой памяти (с $6,3 \pm 1,4$ до $7,6 \pm 1,1$ балла; $p < 0,05$), однако более выраженным улучшение было во 2-й группе (с $7,7 \pm 1,2$ до $8,5 \pm 2,1$ балла; $p < 0,05$). У больных 1-й группы показатель отсроченного воспроизведения достоверно улучшился с $4,5 \pm 0,8$ до $4,9 \pm 0,2$ балла; во 2-й – с $5,6 \pm 1,5$ до $6,2 \pm 1,1$ балла ($p < 0,05$). Показатели зрительной памяти в обеих группах остались в пределах нормы (см. табл. 1).

По результатам комплексной оценки когнитивных функций с помощью шкалы MMSE у пациентов 1-й группы также констатировали достоверное улучшение когнитивных процессов (с $24,8 \pm 1,2$ до $26,9 \pm 2,3$ балла; $p < 0,05$) с выраженной тенденцией к достижению нормативных показателей (27–30 баллов). Во 2-й группе отмечена нормализация среднего показателя по данной шкале с переходом в границы нормы (с $26,9 \pm 1,3$ до $27,4 \pm 0,5$ балла; $p < 0,05$). При этом показатель лобных функций по шкале FAB достоверно улучшился только в 1-й группе (с $16,0 \pm 0,3$ до $16,9 \pm 0,4$ балла; $p < 0,05$); табл. 2.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что наличие АГ у больных негативно влияет на состояние когнитивных процессов, особенно на нейродинамический компонент и состояние слухоречевой памяти. Картина КН при присоединении к АГ факторов риска ХБП становится более выраженной. Программа санаторного лечения, воздействуя на соматический статус пациентов, положительно влияет на когнитивные функции, улучшая состояние памяти, внимания, умственной работоспособности и в целом качество жизни. Резуль-

таты исследования дают основание для рекомендации включения программ санаторно-курортного лечения в общую стратегию ведения больных АГ, в том числе с факторами риска ХБП.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Локшина А.Б., Захаров В.В. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии // Неврол. журн. – 2006; 11 (1): 57–63.
2. Первичко Е.С., Остроумова О.Д., Барышникова З.М. Методология синдромного анализа А.Р. Лурия и возможности исследования психосоматических явлений (на примере эссенциальной артериальной гипертензии). А.Р. Лурия и психология XXI века: 2-я Межд. конф., посвящ. 100-летию со дня рождения А.Р. Лурия; Под ред. Т.В. Ахутиной, Ж.М. Глозман, Д. Таппера. М., 2002; с. 108.
3. Практические рекомендации KDIGO по диагностике, профилактике и лечению минеральных и костных нарушений при хронической болезни почек (ХБП-МКН). Краткое изложение рекомендаций // Нефрология. – 2011; 15 (1): 88–95.
4. Смирнов А.В. и др. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению // Клин. нефрол. – 2012; 4: 43.
5. Фоякин А.В., Машин В.В., Атаян А.С. Церебральное кровообращение, неврологические и нейропсихологические расстройства при идиопатической артериальной гипотензии // Неврол., нейропсихиат., психосомат. – 2011; 4: 50–5.
6. Etgen T., Chonchol M., Förstl H. et al. Chronic kidney disease and cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis // Am. J. Nephrol. – 2012; 35 (5): 474–825.
7. Go A., Chertow G., Fan D. Chronic kidney disease and the risk of death, cardiovascular events and hospitalization // N. Engl. J. Med. – 2004; 351: 1296–305.
8. Harrington F., Saxby B., McKeith I. et al. Cognitive performance in hypertensive and normotensive older subjects // Hypertension. – 2000; 36: 1079.
9. Singh-Manoux A., Marmot M. High blood pressure was associated with cognitive function in middle-age in the Whitehall II study // J. Clin. Epidemiol. – 2005; 58: 1308–15.

CORRECTION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN SOMATIC DISEASE AT THE SANATORIUM-RESORT STAGE

S. Vorontsov, Candidate of Medical Sciences; I. Makarova
Medical Center, Presidential Administration of the Russian Federation, Moscow

The authors have estimated the dynamics of cognitive impairment in hypertensive patients with risk factors for chronic kidney disease at the stage of sanatorium-resort stage.

Key words: cardiology, hypertension, chronic kidney disease, cognitive impairment, sanatorium-resort treatment.

For citation: Vorontsov S., Makarova I. Correction of cognitive impairment in somatic disease at the sanatorium-resort stage // Vrach. – 2018; 29 (9): 62–64. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-09-14>