

СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Н.В. Мороз, Е.В. Переверзева

Белорусский государственный медицинский университет

Пациентами общесоматических стационаров нередко являются лица пожилого и старческого возраста, а также долгожители. Согласно данным литературы, у таких лиц может быть хорошая (или высокая) сохранность когнитивных функций; либо возможно развитие более или менее выраженного когнитивного снижения [1, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 17].

Глубина сформировавшихся расстройств высшей интегративной деятельности мозга может быть различной. Так различают: уровень когнитивного дефицита (ухудшение познавательных функций – памяти, внимания, мышления по сравнению с исходным индивидуальным или средним возрастным и образовательным уровнями); уровень деменции [1]. Деменцию определяют как хроническое выраженное расстройство всех высших интегративных функций мозга - прежде всего познавательных, но также эмоциональных; она сопровождается явной социальной и (или) профессиональной дезадаптацией [2, 5, 12, 13, 14, 15, 17].

Частота случаев деменции повышается с возрастом [1, 9, 12, 13, 14, 17]. В ряде исследований [5] было показано, что «частота случаев среди лиц старше 65 лет составляет 5%, старше 75 лет — 25%, среди тех, кому за 85 — около 60%».

Пациенты кардиологических отделений входят в группу риска развития поражений ЦНС, учитывая патогенез развития артериальной гипертензии (с поражением сосудов головного мозга как органа-мишени); мультифокального атеросклероза (с поражением как коронарных сосудов, так и церебральных артерий разного калибра); сердечной недостаточности (сопровождающейся нарушением венозного оттока от головного мозга) и др. У пациентов нередко сопутствующие анемии, хроническая дыхательная недостаточность, усугубляющие гипоксию и ишемию головного мозга. В отделение может поступить больной с недиагностированной болезнью Альцгеймера («...Для человека, достигшего 65-летнего возраста, суммарный риск заболеть этим расстройством примерно такой же, как и заболеть инфарктом миокарда») [4]. Возможна госпитализация пациентов, имеющих хроническое когнитивное снижение или деменцию более редкой этиологии [2, 5, 12, 13, 14, 15, 17].

С развитием когнитивного дефицита и деменции у людей старшей возрастной группы связан ряд проблем, подлежащих решению: возникают затруднения в самообслуживании и гигиеническом уходе, снижается приверженность к лечению; последнее приводит к прогрессированию заболеваний и ухудшает прогноз. Сформировавшаяся деменция меняет планы человека, снижает качество жизни, требует участия других людей в процессе длительного оказания помощи пациенту. Даже в условиях кардиологического стационара для адекватной курации таких пациентов требуется участие разводящей медсестры, младшей медсестры (осуществляющей гигиенический уход); необходим контроль приёма лекарственных препаратов. Такие условия не всегда обеспечены штатным расписанием вследствие недооценки потребностей пациентов.

Тем не менее, состояние выраженного когнитивного снижения, а тем более деменции, традиционно явно не обозначается в клинических диагнозах кардиологического отделения. Возможно, это связано с трудностями при соблюдении порядка установления достоверного окончательного диагноза названных расстройств, что не относится к компетенции врача-кардиолога [4, 11].

Алгоритм диагностики деменции [8, 13, 17] и умеренного когнитивного дефицита включает применение тестов как инструментов позволяющих объективизировать соответствующее клиническое обследование – прежде всего это касается обследования, проведенного врачом, не имеющим квалификации психиатра. В том числе предлагается целый ряд тестов (несколько различного назначения) для исследования когнитивных функций у людей старшего возраста [13]. В числе прочих тест MMSE (Mini Mental State Examination) и тест рисования часов (Clock Drawing test) могут использоваться как самостоятельные для скринингового тестирования [13] с целью первичного выявления когнитивного снижения. В соответствующих исследованиях их применяют достаточно часто [3, 4, 8, 10, 13, 16, 17, 18].

Учитывая вышеизложенное, представляло интерес исследовать состояние когнитивных функций у пациентов старшей возрастной группы. Исследование выполнялось в кардиологическом отделении 11-й ГКБ с применением двух скрининговых тестов для более точной оценки результатов.

Задача окончательной дифференциальной диагностики хронического когнитивного снижения на данном этапе не ставилась.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- выявить распространённость когнитивного снижения разных степеней тяжести у пациентов кардиологического отделения, относящихся к старшей возрастной группе, с помощью теста MMSE (Mini Mental State Examination);
- провести тестирование той же группы пациентов с использованием теста рисования часов;
- сопоставить результаты теста MMSE и теста рисования часов у обследованных пациентов.

Материалы и методы исследования. Характеристика группы больных. Средний возраст – 79,8 лет; в исследование было принято 28 женщин и 2 мужчин. Все пациенты находились в ясном сознании, могли передвигаться по палате и по отделению; им не обеспечивались индивидуальный пост и индивидуальный уход. На момент тестирования никто из них не находился в тяжёлом или крайне тяжёлом состоянии. Диагнозы обследуемых пациентов представлены в табл. 1.

Таблица 1

Диагностический профиль обследованных пациентов

ИБС; клинические формы:	N
стенокардия напряжения II и III функциональных классов (ФК)	18 и 12
атеросклеротический кардиосклероз (АКС) с нарушением сердечного ритма	21
постинфарктный кардиосклероз	9
Хроническая сердечная недостаточность Н I	5
Хроническая сердечная недостаточность Н IIА	18
Хроническая сердечная недостаточность Н IIБ	7
Артериальная гипертензия II степени	21
Артериальная гипертензия III степени	9

Mini Mental State Examination (MMSE). Тест содержит простые вопросы, не вызывающие затруднений у здорового человека [16]. Оцениваются ориентация, немедленное воспроизведение, внимание и счёт, отсроченное воспроизведение, чтение. Максимальный балл — 30. Положительные результаты требуют подтверждения более развёрнутым психологическим тестированием (например, тестом «Нейропсихологический профиль»). При выявлении сниженных показателей по данным теста учитывается влияние других факторов на результаты; это находит выражение в методике трактовки теста: 28–30 баллов — нет явного нарушения когнитивных функций; 24–27 баллов — преддементные когнитивные нарушения (деменция не диагностируется); 20–23 балла – деменция лёгкой степени выраженности; 11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов — тяжёлая деменция.

Тест рисования часов. Тест также является общепринятым [2, 13, 16] для проведения скрининговой оценки состояния когнитивных функций и первичного выявления деменции; может использоваться в сочетании с MMSE. Максимальный балл — 10. Трактовка результатов [16] прямо не соотносит количество набранных баллов с определенным уровнем когнитивных расстройств и деменции.

Количественная оценка выбранных тестов проведена согласно инструкции [16].

При оценке результатов тестов применялись общепринятые методы математической статистики [6].

Результаты и их обсуждение. По результатам теста MMSE было выявлено 5 групп пациентов (А, В, С, D, E) с различным уровнем когнитивных изменений (табл. 2).

Результаты теста MMSE

	Группа пациентов	N (число в группе)	%	t	p (достоверность)
A	Нет явных нарушений когнитивных функций (минимальное снижение показателей теста)	2	6,7	1,46	>0,05
B	Когнитивные нарушения на уровне преддеменции	9	30	3,58	<0,001
C	Когнитивные нарушения на уровне деменции лёгкой степени	7	23,3	3,02	<0,001
D	Когнитивные нарушения на уровне деменции умеренной степени	11	36,7	4,17	<0,001
E	Когнитивные нарушения на уровне деменции тяжёлой степени	1	3,3	1	>0,05

Таблица 3

Подгруппы пациентов по итогам теста MMSE

Подгруппы	Уровень когнитивных изменений	N(число в группе)	%	t	p (достоверность)
A+B	Нет нарушений (A) + предметные когнитивные нарушения (B)	11	36,7	4,17	<0,001
C+D +E	Выраженное когнитивное снижение на уровне деменции лёгкой (C) + умеренной (D) +тяжёлой (E) степени	19	63,3	7,27	<0,001

Подгруппы пациентов по итогам теста MMSE.

По результатам теста MMSE было выделено 2 подгруппы пациентов (табл. 3): не имеющих выраженного когнитивного снижения (группы A+B из табл. 2) и с выраженным снижением показателей, позволяющих предполагать наличие деменции при соответствующих данных анамнеза и клинического обследования (группы C+D +E из табл. 2).

Результаты теста рисования часов. Большинство обследованных были не в состоянии выполнить тест без ошибок и набрать максимальное количество баллов. Поэтому даже больные без значительного когнитивного снижения по тесту MMSE (табл. 3, подгруппа A+B) набрали в тесте рисования часов меньшее количество баллов ($6,5 \pm 0,88$ баллов, $p < 0,005$) по сравнению с максимально возможными 10 баллами. Обнаружена достоверная разница на 3,4 балла в результатах выполнения теста рисования часов между двумя подгруппами пациентов (табл. 4) — не имеющих выраженных когнитивных расстройств по данным теста MMSE (подгруппа A+B) и имеющих значительное когнитивное снижение разной степени выраженности на уровне деменции по результатам этого же теста (подгруппа C+D+E).

Таблица 4

Сопоставление результатов теста рисования часов и теста MMSE

Подгруппа пациентов (по результатам теста MMSE)	M ± m (для набранных баллов по тесту рисования часов)	(число пациентов в подгруппе)	достоверность между подгруппами
A+B	$6,5 \pm 0,88$	11	* $p < 0,01$
C+D+E	$3,1 \pm 0,47$ *	19	

Выводы.

1. Из обследованной группы пациентов по результатам теста MMSE ни один из них не набрал максимального количества баллов.
2. В группе обследованных пациентов по результатам теста MMSE 36,7% ($p < 0,001$) не имеют явного когнитивного снижения на уровне деменции.
3. В группе обследованных пациентов 63,3% ($p < 0,0001$) по данным теста MMSE имеют когнитивное снижение на уровне деменции разной степени выраженности – лёгкой степени, средней и тяжёлой степени.
4. Когнитивное снижение на уровне деменции тяжёлой степени имела 1 пациентка; она была осмотрена психиатром (предварительный диагноз — болезнь Альцгеймера).
5. Результаты теста MMSE подтверждаются результатами теста рисования часов.

THE COGNITION FUNCTIONS OF ELDERLY PATIENTS UNDERGOING IN THE TREATMENT CARDIOLOGICAL DEPARTMENT

N.V. Moroz, E.V. Pereverzeva

Patients of cardiology department were examined both with Folstein MMSE test and Clock Drawing test (CDT). There were 30 patients (28 female and 2 male) enrolled in study. The middle age was 79,8 years old. Totally were 33,3% of them with different level of cognitive disorders according to MMSE, that was confirmed by «the Watch» test data.

Литература.

1. Антонович, М.Н. Гипертензивная и дисциркуляторная энцефалопатия: диагностика и лечение / М.Н. Антонович // Здравоохранение. – 2012. – № 7. – С. 38–45.
2. Дамулин, И.В. Диагностика и лечение деменций / И.В. Дамулин // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 7. – Стр. 465-467.
3. Дудук, С.Л. Применение нейропсихологических методов при дифференциальной диагностике деменций / С.Л. Дудук, В.А. Карпюк, И.А. Лелявко // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – №1. – С.4-9.
4. Евсегнеев, Р.А. Болезнь Альцгеймера – трудный путь познания / Р.А. Евсегнеев // Мед. новости. – 2008. – № 7. – С. 7–10.
5. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для врача общей практики / Р.А. Евсегнеев. – Минск, «Беларусь». 2001. – 428 с. – С. 38-84, 384.
6. Зайцев, В.М. Прикладная медицинская статистика / В.М. Зайцев, В.Г. Лифляндский, В.И. Маринкин. – 2-е изд. – СПб: Фолиант, 2006. – 432 с.
7. Захаров, В.В. Умеренные когнитивные расстройства. Диагностика и лечение / В.В. Захаров // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 9. – С. 685-688.
8. Королёва, Е.Г. Клинико-диагностический алгоритм при деменциях позднего возраста. Инструкция по применению, утверждённая МЗ РБ 18.12.2009 г. Регистрационный № 106-1009/ Е.Г. Королёва, С.Л. Дудук, И.А. Лелявко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 1. – С. 75-77.
9. Лихачёв, С.А. Дисциркуляторная энцефалопатия / С.А. Лихачёв, А.В. Астапенко, Э.К. Сидорович. – Минск, 2006. – 27 с.
10. Медведева, Л.А. Нейрокогнитивное и нейропсихологическое тестирование в кардиохирургии / Л.А. Медведева, О.И. Загорюлько, Ю.В. Белов, О.П. Пешкова // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2013. – №2. – С.80-90.
11. Носачёв, Г.Н. Этическая и правовая ответственность за диагностику синдрома деменции / Г.Н. Носачёв // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2012. – №5. – С.114-122.
12. Психиатрия: национальное руководство. Отв. ред. Ю.А. Александровский – ГЭОТАР-медицина. – 2009. – С. 357-396.
13. Психиатрия позднего возраста. Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер. Том 1. – Киев, «Сфера». – 2003. – 390 с. – С.252-263, 269-279.
14. Психиатрия позднего возраста. Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер. Том 2. – Киев, «Сфера». – 2003. – 376 с. – С. 94-105.
15. Скугаревский, О.А. Когнитивный дефицит второй половины жизни: поле неразрешимых противоречий терапевтических подходов / О.А. Скугаревский // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2013. – № 1. – С. 58-70.
16. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2009. – 384 с. – С. 346–349.
17. Чухловина, М.Л. Деменция. Диагностика и лечение / М.Л. Чухловина. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
18. Юршевич, Е.А. Нейропсихологическое тестирование больных дисциркуляторной энцефалопатией / Е.А. Юршевич // Медицинская панорама. – 2008. – №7. – С.35-37.