

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-09>

ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Н. Горшунова, доктор медицинских наук, профессор,
Н. Медведев, кандидат медицинских наук,
Ю. Капошко
Курский государственный медицинский университет
E-mail: gorsh@kursknet.ru

Профилактика когнитивных нарушений у пожилых включает коррекцию факторов риска, раннее выявление и динамический контроль когнитивных дисфункций, проведение комплекса немедикаментозных мер (диета, физическая и социальная активность, интеллектуальные упражнения, непрерывное образование и др.) с дифференцированным применением фармакологических средств.

Ключевые слова: неврология, старение, когнитивные расстройства, факторы риска, первичная и вторичная профилактика.

Для цитирования: Горшунова Н., Медведев Н., Капошко Ю. Профилактика когнитивных нарушений в деятельности врача общей практики // Врач. – 2018; 29 (6): 45–47. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-09>

Наметившаяся в последние годы в большинстве регионов РФ отчетливая тенденция к увеличению продолжительности жизни населения значительно повышает актуальность разработки и реализации комплексных медико-социальных программ, направленных на поддержание и улучшение качества жизни людей старшего возраста; среди них важную роль играет профилактика преждевременного развития или смягчение выраженности когнитивных нарушений (КН) при старении.

Когнитивные функции, обеспечивающие выполнение различных видов бытовой и творческой активности человека, представлены мышлением, праксисом, или набором произвольных действий, памятью и речью. Старение организма, сопровождающееся снижением компенсаторно-приспособительных механизмов, затрагивает и ключевые функции мозга, обеспечивающие интеграцию различных видов деятельности.

КН – один из основных компонентов инволютивной хрупкости, обуславливающих развитие социальной недостаточности у лиц старшего возраста за счет снижения у них активности познавательных процессов и ослабления памяти.

В зависимости от преобладающего компонента выделяют мнестическую дисфункцию, соответствующую

стадию начальной стадии неспецифических КН. Синдром умеренных КН встречается у 15–20% населения старше 65 лет. Согласно результатам 5-летних наблюдений, развитие признаков деменции отмечено у 60–80% пациентов [1].

Для умеренной стадии расстройств высших психических функций характерны 3 основных клинических варианта когнитивной недостаточности. При *амнестическом* варианте доминируют прогрессирующие нарушения памяти на текущие события, возможна трансформация в болезнь Альцгеймера. При *полифункциональном* варианте, характерном для хронической ишемии мозга, фронтотемпоральной деменции, болезни Паркинсона, комплексно поражается несколько когнитивных функций – память, пространственная ориентация, интеллект, праксис и др. Третья разновидность синдрома умеренных когнитивных расстройств наблюдается при нейродегенеративных болезнях (первично прогрессирующей афазии, кортикобазальной дегенерации, деменции с тельцами Леви и др.) и проявляется *одной из когнитивных дисфункций при сохранении памяти*: нарушениями речи или праксиса наряду с эмоционально-волевыми расстройствами [2].

Распознавание синдрома умеренных КН на более ранней стадии влияет на эффективность профилактических мероприятий, прогрессирование заболевания, возможность сохранения качества жизни человека. И многое здесь зависит от врача общей практики.

Клинические признаки возраст-ассоциированных изменений когнитивных функций, как правило, появляются в среднем возрасте и наибольшей выраженности достигают к 75 годам и старше. Они заключаются в уменьшении скорости психических реакций, сокращении возможности длительной концентрации внимания, объема оперативной памяти, формировании интеллектуальной «ригидности» (затруднения при необходимости внесения изменений в заранее составленную программу действий).

Своевременная профилактика и лечение КН, не достигающих степени деменции, несомненно, повышают качество жизни, позволяя замедлить, а в некоторых случаях и предотвратить тяжелые проявления когнитивных дементных расстройств, приводящие к ограничениям жизнедеятельности, зависимости от окружающих, потребности в постоянной медико-социальной помощи и защите.

Профилактику развития КН необходимо начинать уже в среднем возрасте, поскольку патологические изменения, приводящие к деменции, многие годы протекают бессимптомно. Профилактические воздействия должны быть в первую очередь направлены на устранение или смягчение действия факторов риска когнитивных расстройств. Среди них выделяют корригируемые факторы: это сердечно-сосудистые заболевания, в первую очередь артериальная гипертензия, а также сахарный диабет [3].

Подтверждена [4] высокая степень доказанности сопряжения с пожилым возрастом факторов риска КН – дислипидемии и высокого индекса массы тела, которые могут увеличивать риск развития деменции в 1,5–2,0 раза.

Перенесенная черепно-мозговая травма, в том числе легкой степени, может повышать риск формирования когнитивных расстройств в отдаленном периоде. Хронический алкоголизм, несомненно, ускоряет наступление когнитивного дефицита как за счет прямого токсического действия на клетки мозга, так и вследствие повышения вероятности травматизма.

Негативный вклад в формирование когнитивного дефицита вносят также эмоциональные расстройства. Депрессивное настроение может вызывать целый спектр КН, связанных с усвоением новой информации, концентрацией и переключением внимания. Степень каждого из них зависит от выраженности депрессии и симптомов тревоги. Повышенная личностная тревожность, как правило, потенцирует нарушения слухоречевой памяти, возникшие под влиянием депрессии [5].

Условиями и факторами поддержания когнитивной эффективности при старении признаются длительное сохранение профессиональной работоспособности и социальной активности благодаря участию в решении проблем семьи, посещению клубов по интересам, занятиям волонтерской деятельностью. Следует помнить, что для достижения стойкого профилактического эффекта интеллектуальных упражнений (разгадывание кроссвордов, решение заданий повышенной сложности в различных областях знаний) их необходимо выполнять систематически на протяжении всей сознательной жизни.

Наиболее эффективными немедикаментозными методами профилактики КН признаны соблюдение диеты, включающей повышенное содержание ненасыщенных жирных кислот и природных антиоксидантов за счет ежедневного употребления овощей и фруктов, рыбы или морепродуктов (не реже 1 раза в неделю), цитрусовых и оливкового масла [6].

Другими важнейшими компонентами замедления развития когнитивной дисфункции считаются регулярные тренировки памяти и внимания, дозированные физические упражнения. Как правило, лица старшего возраста наибольшие затруднения испытывают в связи

с нарушениями кратковременной памяти на недавно произошедшие события; реже выявляется снижение их долговременной памяти.

Программы тренировки памяти обязательно включают повышение мотивации пациента к запоминанию и воспроизведению разноплановой информации, обучение правилам быстрого и надежного запоминания (мнемонические приемы), развитие способности длительно поддерживать высокую концентрацию внимания и активацию воображения [3].

Техники тренировки кратковременной памяти в течение 30 мин в день основаны на методе повтора информации. Например, мысленное представление последовательности чисел, каждое из которых составляет сумму двух предыдущих: $1+1=2$, $1+2=3$, $2+3=5$, т. е. последовательность – 2, 3, 5 и т.д.; выполнение мнемонических упражнений – написать 10 слов, не связанных по значению, и попытаться за 1 мин выучить их по порядку.

Для тренировки долговременной памяти применяются упражнения, направленные на длительное хранение информации: заучивание стихов, песен, специальных материалов для работы и учебы с проговариванием вслух, составление и запоминание списка запланированных дел на день в случайном порядке и др.

Благоприятное влияние средств физической культуры на профилактику когнитивных расстройств подтверждено многочисленными исследованиями. Физические упражнения, выполняемые лицами среднего возраста 2–3 раза в неделю, уменьшают риск ранних КН опосредованно за счет снижения избыточной массы тела.

Вопрос о значимой связи между уровнем образования, профессиональной деятельности и риском развития когнитивных расстройств остается дискуссионным. Например, у работников сельского хозяйства и сферы обслуживания КН диагностируют достоверно чаще, чем у людей интеллектуального труда. Подобные различия могут быть объяснены сформировавшимся у «интеллектуалов» большим «когнитивным резервом», который в преморбидном периоде способствует более длительному сохранению компенсации на начальных этапах патологических изменений.

Проведенные на кафедре поликлинической терапии и общей врачебной практики Курского государственного медицинского университета исследования показателей когнитивного статуса лиц старшего возраста ($n=80$; средний возраст – $74,2 \pm 2,5$ года), более 5 лет участвующих в образовательных программах народного университета для пожилых (1-я группа), и людей ($n=250$) того же возраста, ведущих малоактивный образ жизни (2-я группа), выявили достоверные различия между группами по показателям внимания в тесте Шульте, а также памяти и выраженности когнитивных способностей с применением Mini-Mental State Examination (MMSE), теста рисования часов (см. таблицу).

Результаты оценки психического статуса слушателей образовательных программ и лиц старшего возраста, ведущих малоактивный образ жизни

| Показатель | Группа обследованных | | p |
|-----------------------------|----------------------|----------|-------|
| | 1-я | 2-я | |
| MMSE, баллы | 26,0±0,4 | 22,0±0,5 | 0,008 |
| Тест Шульте, с | 24,0±0,3 | 27,0±0,4 | 0,007 |
| Тест рисования часов, баллы | 8,8±0,1 | 6,9±0,1 | 0,003 |

Достоверные различия по 3 интегральным показателям когнитивного статуса служат наглядным подтверждением существенного значения поддержания высокого уровня психосоциальной, физической и ментальной активности в сохранении когнитивных функций при старении.

Слушатели народного университета регулярно участвуют в группах рациональной физической активности, туристических и экскурсионных поездках по Курскому региону и России, культурно-массовых мероприятиях, не только в качестве зрителей, но и как непосредственные организаторы концертов, театральных постановок, творческих вечеров и др.; выполняют роль волонтеров для своих ровесников, нуждающихся в различной помощи и психологической поддержке, а также наставников для молодого поколения, успешно осваивают технологии дистанционного образования.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ, ПАМЯТИ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ДР.

Для поддержания активности ассоциативных процессов, обеспечивающих выполнение мыслительных операций у больных с подтвержденным когнитивным дефицитом, эффективно назначение вазоактивных средств (винпоцетин, ницерголин), нейрометаболических (церебролизин, кортексин, актовегин и др.), ацетилхолин- (галантамин), глутамат- (мемантин) и дофаминергических (пирибедил) препаратов.

С целью вторичной профилактики нарушений памяти успешно используются нейропротективные свойства стандартного экстракта гинкго билоба, вызывающего расширение сосудов микроциркуляторного русла без эффекта обкрадывания, а также улучшение метаболических процессов в нейронах головного мозга [3].

Коррекция тревожно-депрессивных эмоциональных расстройств играет важную роль в замедлении прогрессирования когнитивного дефицита. С указанной целью рекомендуются афобазол, флуоксетин, венлафаксин и др., нейтрализующие влияние негативных эмоций на прогрессирование ментальных нарушений.

Требуется дальнейший поиск рационального решения в деятельности врача общей практики проблемы профилактики когнитивных расстройств у лиц стар-

шего возраста. Лицам с начальными проявлениями когнитивной недостаточности или высоким риском их развития необходимы адекватная терапия причинных или фоновых сердечно-сосудистых заболеваний, рациональное питание, отказ от вредных привычек, систематические интеллектуальные и физические занятия, активное участие в социальной жизни. Пациентам с умеренным когнитивным дефицитом необходима комплексная немедикаментозная и фармакологическая коррекция нарушенных мозговых функций с динамическим контролем эффективности.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Штульман Д.Р., Левин О.С. Умеренные когнитивные нарушения. Неврология. Справочник практического врача / М.: Медпресс-информ, 2005; с. 226–9.
2. Левин О.С., Голубева Л.В. Когнитивные расстройства. Гетерогенность умеренного когнитивного расстройства: диагностические и терапевтические аспекты // *Consilium Medicum*. – 2006; 2: 106–12.
3. Захаров В.В. Факторы риска и профилактика когнитивных нарушений в пожилом возрасте // *Журн. неврол. и психиат.* – 2012; 8: 86–91.
4. Kivipelto M., Ngandu T., Laatikainen T. et al. Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study // *Lancet Neurol.* – 2006; 9: 735–41.
5. Алфимова М.В., Лапин И.А., Аксенова Е.В. и др. Влияние тревоги на когнитивные процессы при депрессивном синдроме // *Соц. и клин. психиат.* – 2017; 1: 5–12.
6. Solfrizzi V., Colacicco A., D'Introno A. et al. Dietary intake of unsaturated fatty acids and age-related cognitive decline: a 8,5 year follow-up of the Italian Longitudinal Study on Aging // *Neurobiol. Aging*. – 2006; 11: 1694–704.

PREVENTION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN THE ACTIVITIES OF A GENERAL PRACTITIONER

*Professor N. Gorshunova, MD; N. Medvedev, Candidate of Medical Sciences; Yu. Kaposhko
Kursk State Medical University*

The prevention of cognitive impairment in the elderly embraces the modification of risk factors, the early detection and follow-up of cognitive dysfunctions, the implementation of a package of non-drug measures (diet, physical and social activities, intellectual exercises, continuing education, etc.) with the differentiation use of pharmacological agents.

Key words: *neurology, aging, cognitive impairment, risk factors, primary and secondary prevention.*

For citation: *Gorshunova N., Medvedev N., Kaposhko Yu. Prevention of cognitive impairment in the activities of a general practitioner // *Vrach*. – 2018; 29 (6): 45–47. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-09>*