ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

Смоленской государственной медицинской академии

Том 12, № 4

2013

Репозиторий ГрГМУ

ВЕСТНИК СМОЛЕНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
2013, Т.12, №4

Рецензируемый научно-практический журнал
Основан в 2002 году

Учредитель
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Смоленская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Журнал зарегистрирован в Министерстве печати РФ
Регистрационное свидетельство ПИ № ФС77-47250 от 11 ноября 2011 г.
ISSN 2225-6016
Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) в 2010 г.

Подписка на печатную версию – индекс издания по каталогу агентства «Пресса России» 43 864э

Подписка на электронную версию – http://elibrary.ru

Key title: Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii
Abbreviated key title: Vest. Smol. gos. med. akadem.

Адрес редакции
214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28
Смоленская государственная медицинская академия
Тел.: (4812) 55-47-22, факс: (4812) 52-01-51
e-mail: normaSGMA@yandex.ru, vestniksgma@yandex.ru

Подписано в печать 17.01.2014 г.
Формат 60×84/8. Гарнитура «Times»
Тираж 900 экз.

Отпечатано:
в ООО «СГТ»
214000, г. Смоленск, ул. Маршала Жукова, 16
Тел.: (4812) 38-28-65, (4812) 38-14-53

Репозиторий ГрГМУ

Главный редактор

И.В. Отвагин,
докт. мед. наук, профессор
Ректор Смоленской государственной медицинской академии

Редакционная коллегия:

В.В. Бекезин, докт. мед. наук, доцент, зам. главного редактора; В.А. Правдивцев, докт. мед. наук, профессор, зам. главного редактора; А.В. Евсеев, докт. мед. наук, профессор, науч. редактор; Н.А. Мицюк, канд. истор. наук, отв. секретарь; А.В. Борсуков, докт. мед. наук, профессор; В.А. Глотов, докт. мед. наук, профессор; С.Н. Дехнич, канд. мед. наук, доцент; А.Е. Доросевич, докт. мед. наук, профессор; А.Н. Иванян, докт. мед. наук, профессор; С.А. Касумьян, докт. мед. наук, профессор; О.А. Козырев, докт. мед. наук, профессор; А.В. Литвинов, докт. мед. наук, профессор; Н.Н. Маслова, докт. мед. наук, профессор; Р.Я. Мешкова, докт. мед. наук, профессор; В.А. Милягин, докт. мед. наук, профессор; О.В. Молотков, докт. мед. наук, профессор; Д.В. Нарезкин, докт. мед. наук, доцент; В.Е. Новиков, докт. мед. наук, профессор; В.М. Остапенко, докт. мед. наук, доцент; И.А. Платонов, докт. мед. наук, профессор; В.Г. Плешков, докт. мед. наук, профессор, А.А. Пунин, докт. мед. наук, профессор, В.В. Рафальский, докт. мед. наук, профессор; А.П. Рачин, докт. мед. наук, профессор; С.В. Сехин, докт. мед. наук, доцент; А.С. Соловьев, докт. мед. наук, профессор; Л.В. Тихонова, докт. мед. наук, профессор; Н.Ф. Фаращук, докт. мед. наук, профессор; Е.А. Федосов, докт. мед. наук, профессор; В.Е. Шаробаро, докт. мед. наук, профессор; В.Р. Шашмурина, докт. мед. наук, доцент; А.А. Яйленко, докт. мед. наук, профессор

Редакционный совет:

А. Ювко, докт. хим. наук, профессор (Польша); И.И. Балаболкин, докт. мед. наук, профессор (Москва); Р.С. Богачёв, докт. мед. наук, профессор (Калининград); А.Г. Грачёва, докт. мед. наук, профессор (Москва); В.В. Демидкин, докт. мед. наук, доцент (Смоленск); В.В. Давыдов, докт. мед. наук, профессор (Харьков); В.М. Зайцева, канд. психол. наук, доцент (Смоленск); В.В. Зинчук, докт. мед. наук, профессор (Гродно); Н.А. Коваль, докт. психол. наук, профессор (Тамбов); О.В. Козлов, докт. истор. наук, профессор (Смоленск); Р.С. Козлов, докт. мед. наук, профессор (Смоленск); О.Е. Коновалов, докт. мед. наук, профессор (Москва); З.Ф. Лемешко, докт. мед. наук, профессор (Москва); Т.А. Панкрушева, докт. фарм. наук, профессор (Курск); В.А. Переверзев, докт. мед. наук, доцент (Минск); Л.С. Персин, докт. мед. наук, профессор (Москва); А.Ю. Петренко, докт. мед. наук, профессор (Харьков); Л.С. Подымова, докт. пед. наук, профессор (Москва); В.Н. Прилепская, докт. мед. наук, профессор (Москва); Т.В. Русова, докт. мед. наук, профессор, (Иваново); В.Г. Сапожников, докт. мед. наук, профессор (Тула); В.А. Снежицкий, докт. мед. наук, профессор (Гродно); Е.М. Спивак, докт. мед. наук, профессор (Ярославль); В.Н. Трезубов, докт. мед. наук, профессор (Санкт-Петербург); П.Д. Шабанов, докт. мед. наук, профессор (Санкт-Петербург)

Тех. редактор

В.Г. Иванова

Отв. за on-line версию

И.М. Лединников – http://www.sgma.info

Репозиторий ГрГМУ

УДК 616.17-053.9-02:612.821.2

ИЗУЧЕНИЕ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ, ВХОДЯЩИХ В СТАРШУЮ ВОЗРАСТНУЮ ГРУППУ

© Переверзева Е.В.[1], Мороз Н.В.[1], Разводовский Ю.Е. [2], Вэлком М.О.[1], Переверзев В.А.[1]

[1]*Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, 220116, Минск, пр-т Дзержинского, 83*

[2]*Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, 230009, Гродно, ул. Горького, 80*

11109

Резюме: изучена распространенность нарушения когнитивных функций у больных старшей возрастной группы, госпитализированных в кардиологическое отделение, с помощью теста MMSE (Mini Mental State Examination) и теста рисования часов (Clock Drowingtest). Согласно результатам настоящего исследования 93,3% пациентов кардиологического отделения имеют когнитивные нарушения различной степени выраженности.

Ключевые слова: пожилые пациенты, кардиологическое отделение, когнитивные функции, скрининг

COGNITION FUNCTIONS IN ELDERLY CARDIOLOGICAL PATIENTS

Pereverzeva E.V.[1], Moroz N.V.[1], Razvodovsky Yu.E.[2], Welcome M.O.[1], Pereverzev V.A.[1]

[1]*Belarusian State Medical University, Belarus, 220116, Minsk, Dzerjinsky Av., 83*

[2]*Grodno State Medical University, Belarus, 230009, Grodno, Gorky St., 80*

Summary: A group of cardiac patients have been examined both with Folstein Mini Mental State Examination test and Clock Drawing Test (CDT). The study involved 30 cardiac patients (28 females and 2 males). An average age of the patients was 79, 8. The MMSE demonstrated that 93, 3 % of the patients had various levels of cognitive disorders that were also confirmed by «the Watch» test.

Key words: elderly patients, cognitive functions, cardiology department, screening

Введение

Согласно оценкам ВОЗ к 2025 г. численность жителей в возрасте старше 60 лет составит 10,2% от численности всего населения планеты [21]. Это обстоятельство является достойным показателем как уровня современных медицинских знаний, так и адекватности работы медицинской службы. В то же время становится очевидным, что постарение населения является серьезной медикосоциальной проблемой во многих развитых странах мира. Феномен старения населения обусловил возросший интерес исследователей к различным аспектам здоровья пожилых людей, в том числе к состоянию их когнитивных функций, поскольку эти функции в значительной степени определяют состояние здоровья и качество жизни пожилых людей [23, 24]. В глобальной перспективе количество людей, страдающих деменцией, будет увеличиваться вдвое каждые 20 лет и к 2040 г. достигнет 81 млн., что значительно увеличит нагрузку на медицину и социальную службу [21].

Когнитивные расстройства включают нарушения различных функций мозга, таких как память, внимание, мышление. Когнитивные функции, так же как и другие функции организма, снижаются по мере физиологического старения организма [26]. Однако в ряде случаев ухудшение когнитивных функций прогрессирует, приобретая патологический характер [25].

Глубина сформировавшихся расстройств высшей интегративной деятельности мозга может быть различной, варьируя от уровня когнитивного дефицита (т.е. ухудшение познавательных функций по сравнению с исходным индивидуальным или средним возрастным и образовательным уровнями) до уровня деменции, которую определяют как хроническое выраженное расстройство всех высших интегративных функций мозга, прежде всего, познавательных, а также эмоциональных, сопровождающееся существенной социальной и (или) профессиональной дезадаптацией [2, 5, 12, 13, 14, 15, 17]. Известно, что частота встречаемости глубокого когнитивного дефицита на уровне деменции повышается с возрастом [1, 9, 12, 13, 14, 17], что обусловлено влиянием и длительностью течения многих заболеваний, создающих фон для

Репозиторий ГрГМУ

проявления синдрома деменции. В ряде исследований было показано, что частота случаев среди лиц старше 65 лет составляет 5%, старше 75 лет – 25 %, среди тех, кому за 85 – около 60 % [5, 25].

В настоящее время в международной литературе для определения промежуточной стадии между снижением когнитивных функций в процессе физиологического старения и деменцией широко используется термин умеренные когнитивные нарушения (УКН) или mild cognitive impairments (MCI) [20]. Другим распространенным определением УКН является ассоциированное с возрастом нарушение памяти или age-associated memory impairment (AAMI). Под этим термином понимают состояние, характеризующееся субъективными жалобами на ухудшение памяти, объективным ухудшением памяти, выявляемое с помощью тестов, при относительной сохранности других когнитивных функций [29]. Фактически, УКН являются преклинической стадией, предшествующей деменции, поскольку было показано, что у 50% пациентов УКН трансформируются в деменцию в течение 3-4 лет [20]. Причинами формирования УКН могут быть такие факторы как депрессия, стресс, расстройства сна, злоупотребление психоактивными веществами, побочные эффекты медикаментов, хронические соматические заболевания [29]. Распространенность УКН среди пожилых (старше 60 лет) пациентов терапевтического профиля согласно разным исследованиям варьирует в широких пределах, достигая 85% [27]. В ряде исследований было показано, что УКН ассоциируются с повышенным риском заболеваемости и смертности. В частности, было установлено, что уровень смертности среди лиц, имеющих УКН в два раза выше по сравнению с теми, у кого когнитивные нарушения отсутствуют [23].

Всесторонняя забота о больных является целью и ведущим принципом функционирования медицинской службы. Бесспорным достижением медицинской науки является получение результатов рандомизированных контролируемых исследований для многих областей терапии, что нашло своё выражение в принятии общепринятых протоколов диагностики и стандартизированного лечения ряда заболеваний. Тем не менее, на пути реального внедрения стандартов долговременного лечения нередко стоит проблема недостаточного комплайенса; причём очевидно, что есть группа пациентов, для которых восприятие содержания врачебных рекомендаций затруднительно. Речь идет о пациентах, у которых имеются более или менее выраженное когнитивное снижение.

Хорошо известно, что пациенты кардиологического профиля входят в группу риска развития поражений ЦНС, учитывая патогенез развития артериальной гипертензии (поражение сосудов головного мозга как органа-мишени); мультифокального атеросклероза (поражение как коронарных сосудов, так и церебральных артерий разного калибра); сердечной недостаточности (сопровождающейся нарушением венозного оттока от головного мозга) [19]. У больных данного профиля часто встречаются сопутствующие анемии разной этиологии и степени тяжести, хроническая дыхательная недостаточность, усугубляющие гипоксию и ишемию головного мозга [9]. При многолетнем неконтролируемом течении сердечно-сосудистых заболеваний формируются условия для появления дефицита познавательных функций ЦНС [14]. У части пациентов формированию когнитивного дефицита способствует длительный стаж хронической алкогольной интоксикации [27]. В отделение кардиологии может поступить больной с недиагностированной болезнью Альцгеймера, поскольку для человека, достигшего 65-летнего возраста, суммарный риск заболеть этим расстройством примерно такой же, как и заболеть инфарктом миокарда [4]. Нередко синдромом когнитивного дефицита манифестируют неоплазмы головного мозга [14]. Возможна также госпитализация больных, имеющих хроническое когнитивное снижение или деменцию более редкой этиологии [2, 5, 12, 13, 14, 15, 17]. Особого внимания заслуживает тот факт, что когнитивное снижение может маскировать депрессию, которая часто развивается у пожилых людей, требует своевременной диагностики и является вполне курабельным состоянием [5, 12, 13, 14, 28].

Пациенты старшей возрастной группы составляют значимую группу больных кардиологических стационаров. Из литературных данных следует, что у значительной части пациентов кардиологического профиля отмечаются когнитивное снижение различной степени выраженности [1, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 17]. Это обстоятельство обусловливает необходимость квалифицированной оценки состояния когнитивных функций пациентов, в том числе с привлечением их родственников, с последующим учетом степени выявленных нарушений при составлении индивидуальных программ медицинской курации.

Алгоритм диагностики когнитивных нарушений различной степени выраженности включает применение тестов как инструментов позволяющих объективизировать соответствующее клиническое обследование. Прежде всего, это касается обследования, проводимого врачом, не имеющим квалификации психиатра [8, 13, 17]. В настоящее время разработано и апробировано большое количество тестов для исследования когнитивных функций у людей старшего возраста [13]. К числу наиболее популярных инструментов скрининга относится тест MMSE (Mini Mental

Репозиторий СГМА

State Examination) и тест рисования часов (Clock Drowingtest), которые используются с целью первичного выявления когнитивного снижения [3, 4, 8, 10, 13, 16, 17, 18, 22]. Достоинства этих тестов заключается в том, что они просты в применении, проведение тестирования занимает относительно немного времени, поэтому тестирование могут проводить как психологи, так и врачи-кардиологи.

Цель настоящего исследования – изучение распространенности нарушения когнитивных функций у больных старшей возрастной группы, госпитализированных в кардиологическое отделение, с помощью инструментов скрининга. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

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

Методика

Исследование выполнялось в кардиологическом отделении 11-й ГКБ г. Минска с применением двух скрининговых тестов у каждого обследуемого для более точной оценки результатов. Задача окончательной дифференциальной диагностики хронического когнитивного снижения на данном этапе не ставилась.

Характеристика группы больных. Средний возраст – 79,8 лет; в исследование было включено 28 женщин и 2 мужчин, проходящих лечение в кардиологическом отделении. Все обследуемые находились в ясном сознании, могли передвигаться по палате и по отделению; им не обеспечивались индивидуальный пост и индивидуальный уход. На момент тестирования никто из больных не находился в тяжёлом или крайне тяжёлом состоянии. Все включённые в исследование выразили явное согласие на проведение тестирования, при предварительной беседе большинство предъявили жалобы на снижение памяти. Перечень диагнозов обследованных пациентов представлен в табл. 1.

Таблица 1. Диагностический профиль обследованных больных

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 НI	5
Хроническая сердечная недостаточность НIIА	18
Хроническая сердечная недостаточность НIIБ	7
Артериальная гипертензия II степени	21
Артериальная гипертензия III степени	9

Тест Mini Mental State Examination (MMSE). Тест содержит простые вопросы, не вызывающие затруднений у здорового человека [16]. Оцениваются следующие параметры: ориентация, немедленное воспроизведение, внимание, 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 возможность влияния других факторов на результаты. Последнее находит выражение в методике трактовки теста: 28-30 баллов – нет явного нарушения когнитивных функций; 24-27 баллов – уровень преддементных когнитивных нарушений (деменция не диагностируется); 20-23 балла – уровень деменции лёгкой

Репозиторий ГрГМУ

степени выраженности; 11-19 баллов – вероятна деменция умеренной степени выраженности; 0-10 баллов – тяжёлая деменция.

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

10 баллов: нарисован круг, цифры находятся на правильных местах, стрелки показывают заданное время.
9 баллов: незначительные недостатки в расположении стрелок;
8 баллов: более заметные ошибки в расположении стрелок;
7 баллов: стрелки показывают совершенно неправильное время;
6 баллов: стрелки не выполняют свою функцию;
5 баллов: неверное расположение чисел на циферблате (в обратном порядке или др.);
4 балла: утрачена целостность часов; часть чисел отсутствует или расположена вне круга;
3 балла: числа и циферблат не связаны друг с другом;
2 балла: деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно;
1 балл: больной не делает попыток выполнить инструкцию.

Количественная оценка выбранных тестов проведена в соответствии с инструкциями [16]. При оценке результатов тестов применены общепринятые методы математической статистики [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты теста MMSE. По результатам теста MMSE пациенты были разделены на 5 групп (A, B, C, D, E) с различным уровнем когнитивных изменений (табл. 2).

С учётом когнитивного снижения по итогам теста MMSE было также выделено 2 подгруппы пациентов (табл. 3): не имеющих выраженного когнитивного снижения (табл. 2, группы A+B), составившую 36,7% от общей выборки, и с выраженным снижением показателей, позволяющих предполагать наличие деменции при соответствующих данных анамнеза и клинического обследования (табл. 2, группы C+D +E), составившую 63,3% от общего числа обследованных пациентов. Никто из числа обследованных пациентов по результатам теста MMSE не набрал максимального количества баллов. Когнитивное снижение на уровне деменции тяжёлой степени имела 1 больная. Осмотревший ее психиатр выставил предварительный диагноз «болезнь Альцгеймера».

Таблица 2. Результаты теста MMSE

	Группа больных	N (количество в группе)	%	t	p (достоверность)
A	Нет явного 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

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 3. Подгруппы больных по итогам теста MMSE

Подгруппы	Уровень когнитивных изменений	N (количество в группе)	%	t	p (достоверность)
A+B	Нет нарушений (A) + преддементные 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

Результаты теста рисования часов. Большинство выбранных для обследования пациентов были не в состоянии выполнить тест рисования часов 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±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 больных (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). Из обследованной группы больных по результатам теста рисования часов ни один не набрал максимального количества баллов.

Таблица 4. Сопоставление результатов теста рисования часов и теста MMSE

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

Согласно результатам проведенного в кардиологическом отделении исследования, 93,3% пациентов старшей возрастной группы имели когнитивные нарушения различной степени выраженности. В том числе когнитивные нарушения на уровне преддеменции имеют 30% пациентов; когнитивные нарушения на уровне деменции легкой степени имеют 23,3% пациентов; когнитивные нарушения на уровне умеренной деменции были выявлены у 36,7% пациентов; когнитивные нарушения на уровне деменции тяжелой степени были выявлены у 3,3% пациентов. Полученные данные обосновывают необходимость обсуждения целого комплекса проблем, связанных с диагностикой когнитивных нарушений у пожилых пациентов, а также с оптимизацией оказания медицинской помощи пациентам, имеющим эти расстройства.

С развитием когнитивного дефицита и деменции у людей старшей возрастной группы связан целый ряд проблем, подлежащих решению, в том числе затруднения в самообслуживании и гигиеническом уходе, сниженная приверженность к лечению, приводящая к прогрессированию заболеваний, нередко с острыми сердечно-сосудистыми событиями [27]. Сформировавшаяся деменция нарушает планы пожилого человека, снижает качество жизни. Все это обусловливает необходимость участия других людей в процессе длительного оказании помощи больному. В частности, необходимо обучение родных больного навыкам оптимального ухода с формированием адекватного понимания ситуации.

Состояние выраженного когнитивного снижения, а тем более деменции, явно не звучит в формулировках клинических диагнозов кардиологического профиля. Возможно, это связано с трудностями установления достоверного окончательного диагноза названных расстройств, что не относится к компетенции врача-кардиолога [4, 11]. Вместе с тем, использование относительно простых и, в тоже время, достаточно надежных тестов с целью диагностики когнитивных расстройств не требует особых навыков и ресурсных затрат. Безусловно, скрининговое тестирование не заменяет поэтапной квалифицированной диагностики когнитивных расстройств, а лишь является первым шагом алгоритма. По результатам тестирования можно сделать заключение о целесообразности уточнения диагноза врачом-психиатром с последующим инструментальным дообследованием и назначением лечения.

Репозиторий СГМУ

В условиях кардиологического стационара для оптимальной курации пациентов с когнитивными расстройствами требуется участие разводящей медсестры и младшей медицинской сестры, осуществляющей гигиенический уход. Очевидно, что необходим тщательный контроль приёма лекарственных препаратов этими пациентами. Такие условия не всегда представляется возможным обеспечить, учитывая финансирование штатного расписания. Улучшением диагностики когнитивных нарушений у пожилых пациентов можно обосновать необходимость расширение штата медработников среднего и младшего звена с целью улучшения качества оказываемой медицинской помощи пожилым пациентам в стационаре. Кроме того, это позволит оптимизировать помощь больным на амбулаторном этапе – организовать патронаж от амбулаторной или социальной службы, а также привлечь к наблюдению за выполнением врачебных рекомендаций пациентом родственников больного.

Заключение

В заключение необходимо обсудить ограничения настоящего исследования. В первую очередь это касается ограниченности объема выборки. Поэтому для подтверждения полученных нами результатов целесообразным представляется выполнение более объёмного исследования. Однако представленные данные согласуются с результатами аналогичных исследований, проведенных в различных странах мира [19, 20, 21] и, кроме того, не противоречат впечатлению, которое сформировалось у практических врачей, оказывающих помощь больным в кардиологических отделениях. Целесообразным также является изучение гендерных особенностей данной проблемы, учитывая имеющиеся в литературе сведения относительно различий в распространенности когнитивных нарушений среди мужчин и женщин [29].

Выводы

1. Согласно результатам настоящего исследования, проведенного в кардиологическом отделении, 93,3% пациентов старшей возрастной группы имели когнитивные нарушения различной степени выраженности.
2. В группе обследованных больных 63,3 % ($p<0,001$) по данным теста MMSE имели когнитивное снижение на уровне деменции разной степени выраженности – лёгкой степени, средней и тяжёлой степени.
3. Результаты теста MMSE подтверждаются результатами теста рисования часов.
4. Имеется достоверная разница в количестве набранных баллов ($p<0,01$) по тесту рисования часов между двумя подгруппами больных с разным уровнем когнитивного снижения, выделенными после оценки выполнения теста MMSE.
5. Полученные данные обосновывают необходимость расширения штата медработников среднего и младшего звена для оказания медицинской помощи больным старших возрастных групп в стационаре, а также ее оптимизации на амбулаторном этапе лечения.

Литература

1. Антонович М.Н. Гипертензивная и дисциркуляторная энцефалопатия: диагностика и лечение // Здравоохранение. – 2012. – №7. – С. 38–45.
2. Дамулин И.В. Диагностика и лечение деменций // Рус. мед. журнал. – 2004. – №7. – С. 465-467.
3. Дудук С.Л., Карпюк В.А., Лелявко И.А. Применение нейропсихологических методов при дифференциальной диагностике деменций // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – №1. – С. 4-9.
4. Евсегнеев Р.А. Болезнь Альцгеймера – трудный путь познания // Мед. новости. – 2008.– №7. – С. 7-10.
5. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Минск, «Беларусь». 2001. – 428 с. – С. 38-84, 384.
6. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. 2-е изд. – СПб: Фолиант, 2006. – 432 с.
7. Захаров, В.В. Умеренные когнитивные расстройства. Диагностика и лечение // Рус .мед. журнал. – 2006. – №9. – С. 685-688.

Репозиторий ГБГМУ

8. Королёва Е.Г., Дудук С.Л., Лелявко И.А. Клинико-диагностический алгоритм при деменциях позднего возраста. Инструкция по применению, утверждённая МЗ РБ 18.12.2009 г. Рег. №106-1009 // Ж. Гродн. гос. мед. университета. – 2011. – № 1. – С. 75-77.
9. Лихачёв С.А., Астапенко А.В., Сидорович Э.К. Дисциркуляторная энцефалопатия. – Минск, 2006. – 27 с.
10. Медведева Л.А., Загорулько О.И., Белов Ю.В., Пешкова О.П. Нейрокогнитивное и нейропсихологическое тестирование в кардиохирургии // Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова. – 2013. – №2. – С.80-90.
11. Носачёв Г.Н. Этическая и правовая ответственность за диагностику синдрома деменции // Ж. неврол. Психиатр. им. 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. Т.1. – Киев, «Сфера». – 2003. – С. 252-263, 269-279.
14. Психиатрия позднего возраста / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер. Т.2. – Киев, «Сфера». – 2003. – С. 94-105.
15. Скугаревский О.А. Когнитивный дефицит второй половины жизни: поле неразрешимых противоречий терапевтических подходов// Неврол. и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2013. – №1. – С. 58-70.
16. Фролова Ю.Г. Медицинская психология. – Минск, 2009.– 384 с.
17. Чухловина М.Л. Деменция. Диагностика и лечение. – СПб. Питер, 2010. – 272 с.
18. Юршевич Е.А. Нейропсихологическое тестирование больных дисциркуляторной энцефалопатией // Мед. панорама. – 2008. – №7. – С.35-37.
19. Bickell E.H., Mosh E., Seigershmidt M., Siemen H., Forstl H. Prevalence and persistence of mild cognitive impairment among elderly patients in general hospitals. Dementia Geriatric Cognitive Disorders. – 2006. – V.21. – P. 242-250.
20. Burns A., Zaudig M. Mild cognitive impairment in older people. Lancet. – 2002. – V.360. – P. 1963-1965.
21. Ferri C.P., Prince M., Brayne C., Global prevalence of dementia: a Delphi consensus status. Lancet. – 2005. – V.366. – P. 2112-2117.
22. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh R.R. «Mini-mental state» A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinitian // J. Psychiatr. Rese. – 1975. – V.12, N3. – P. 189-198.
23. Frisoni G.B., Fratiglioni L., Fastbom J., Mortality in nondemented subjects with cognitive impairment: the influence of health-related factors // Am. J. Epidemiol. – 1999. – V.150. – P. 1031-1044.
24. Hanninen T., Hallikainen M., Tuomainen S., Vanhanen M., Saininen H. Prevalence of mild cognitive impairments: a population-based study in elderly subjects // Act. Neurol. Scand. – 2002. – V.106. – P. 148-154.
25. Joshi S., Morley J.E. Cognitive impairment // Med. Clinics of North America. – 2006. – V.90. – P. 769-787.
26. Levy R. Aging-associated cognitive decline // Intern. Psychogeriatr. – 1994. – V.6. – P. 63-68.
27. Lindesay J. Recognition of cognitive impairments in elderly medical in-patients // J. Royal Soc. Med. – 1995. – V.85. – P. 183-184.
28. Potter G.G., Steffens D.C. Contribution of depression to cognitive impairments and dementia in older adults // The Neurologist. – 2007. – V.13. – P. 105-117.
29. Ritchie K., Touchan J. Mild cognitive impairment: conceptual basis and current nosological status. – 2000. – V.355. – P. 225-228.

Информация об авторах

Переверзева Елена Вячеславовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета. E-mail: PereverzevVA@bsmu.by

Мороз Наталья Викторовна – студентка 4 курса лечебного факультета Белорусского государственного медицинского университета

Разводовский Юрий Евгеньевич – ассистент кафедры патологической физиологии Гродненского государственного медицинского университета. Респ. Беларусь. E-mail: razvodovsky@tut.by

Вэлком Мэнизибэя Осайн – кандидат медицинских наук, кафедра нормальной физиологии Белорусского государственного медицинского университета. E-mail: menimed1@yahoo.com

Переверзев Владимир Алексеевич – доктор медицинских наук, доцент кафедры нормальной физиологии Белорусского государственного медицинского университета. E-mail: PereverzevVA@bsmu.by

Репозиторий ГрГМУ