

Сиденкова А.П.

## Гетерогенность феноменологии тревоги у пациентов с различными нейропсихологическими типами умеренного когнитивного расстройства

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Екатеринбург

Sidenkova A.P.

### The heterogeneity of the phenomenology of anxiety in patients with different neuropsychological types of mild cognitive impairment

#### Резюме

Аффективные и когнитивные расстройства являются двумя основными возраст-специфическими проблемами пожилого и старческого возраста. В настоящем исследовании изучали тревожные расстройства у пожилых людей, имевших признаки снижения умеренного когнитивного расстройства. Анализировали клиническую структуру тревожного синдрома при различных нейропсихологических типах умеренного когнитивного расстройства (УКР). Выявили, что тревожный симптомокомплекс по-разному представлен при амнестическом и дисрегуляторном типах УКР, что обуславливает различные актуальные жалобы и поводы для обращения за медицинской помощью пожилых людей.

**Ключевые слова:** тревога у пожилых, умеренное когнитивное расстройство, нейропсихологические типы УКР, коморбидность УКР и тревоги

#### Summary

Affective and cognitive disorders are two of the main age-specific problems of elderly and senile age. The present study investigated anxiety disorders in older people, had signs of decline mild cognitive impairment. Analyze the clinical structure of anxiety symptoms in various neuropsychological types of mild cognitive impairment (MCI). Revealed that an alarming symptom of different presented with amnestic and dysregulation types of MCI, which leads to various health complaints and reasons for seeking medical care of older people

**Key words:** anxiety in the elderly, mild cognitive disorder, neuropsychological types MCI, comorbidity MCI and anxiety

#### Введение

Актуальность проблемы тревожных расстройств у лиц позднего возраста обусловлена их высокой распространенностью. Согласно сведениям, полученным российскими авторами, в популяции лиц старше 65 лет симптомы тревоги и депрессии наблюдаются в 25-30% случаев, при декомпенсации сопутствующей соматической патологии данный показатель возрастает до 50%, у пациентов с хронической церебральной ишемией – до 61,9% [1-6]. Пожилые люди чаще встречаются симптомы перманентной, «подпороговой» тревоги, в симптомокомплексе которой высок удельный вес соматических и поведенческих симптомов [7]. В гериатрической практике изолированная тревога является редким расстройством, чаще она выступает коморбидным компонентом иных психопатологических расстройств от астенического до психоорганического, от аффективного до личностного [8].

Онтогенетические особенности позднего возраста детерминируют специфичность структур самосознания

пожилых больных и определяют доминирование телесных, соматических симптомов в структуре тревожного симптомокомплекса [9]. Это поясняет высокий удельный вес тревожных симптомов у пациентов общемедицинского профиля [10]. Интенсивная тревога рядом автором рассматривается как самостоятельный фактор риска в отношении формирования ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, нарушений мозгового кровообращения и иных заболеваний [11, 12].

Рассмотрение возникновения тревоги у пожилых пациентов заставляет вспомнить о том, что в популяции людей пожилого и старческого возраста значительно распространены когнитивные расстройства. Когнитивное снижение, выходящее за рамки возрастной когнитивной нормы, выявляется в 12-17% случаев у лиц старше 55 лет [13]. Расстройства познавательных функций в позднем возрасте гетерогенны по этиологии и клиническим проявлениям, поскольку включают не только проявления когнитивного дефекта, но и целый ассортимент некогнитивных, психопатологических симптомов, частным

примером которых является тревога. Клинические проявления тревоги при когнитивных расстройствах преобладают трансформацию, они чаще представлены агитацией, возбужденным поведением. Вопросы, направленные на верификацию тревоги, представленные в специализированных психометрических инструментах, сосредоточены на выявлении возбуждения, потребности в постоянном присутствии эмоционально близкого человека, жалобах на проявления сомато-вегетативной дисфункции [14].

Этиопатогенетические соотношения тревоги и когнитивных расстройств неоднородны. Появление тревожно-депрессивных, тревожно-невротических проявлений при умеренном когнитивном расстройстве чаще обусловлено реактивными механизмами. При прогрессирующем когнитивном дефекте тревога и снижение познавательных функций являются ранними проявлениями единого органического дементирующего заболевания, при этом тревога рассматривается как прогностически неблагоприятный фактор быстрого формирования деменции, что с биологических позиций обусловлено дисфункциональностью гиппокампа и миндалин мозга, серотонинергических и норадренергических путей [15].

Сложная морфо-функциональная организация когнитивных функций и клиническая гетерогенность додементных когнитивных расстройств определяют неоднородность синдромальной структуры умеренного когнитивного расстройства в зависимости от его нейропсихологического типа [16,17,18].

**Цель настоящего исследования:** Изучение клинических вариантов синдрома тревоги у лиц старших возрастных групп с различными нейропсихологическими типами синдрома умеренного когнитивного расстройства.

## Материалы и методы

В настоящей статье представлены результаты выборочного бесповторного исследования пациентов поликлинического отделения многопрофильной больницы. Критерии включения в исследование: возраст 55 лет и старше; наличие тревоги, подтвержденное психометрически; наличие когнитивного снижения, достигающее степени умеренного когнитивного расстройства, согласно критериям МКБ-10 (F 06.7); компенсация сопутствующей соматической патологии, согласно оценке врача общемедицинского профиля; стабильность терапии, принимаемой для коррекции соматической патологии не менее 6 месяцев; отсутствие значимых стрессовых событий в течение года (подтверждение по шкале The Holmes and Rahe Stress Scale балла события не >49 б.); отсутствие актуальной депрессивной симптоматики на момент включения в исследование; подписание информированного согласия для участия в настоящем исследовании.

В соответствии с целями и критериями исследования отобрано 28 больных (23 женщины (82,1%), 5 мужчин (17,8%)) Средний возраст 64,3±3,3 лет.

Применены клинико-психопатологический, психометрический методы. Использованы: шкала Гамильтона

для оценки тревоги (HAM-A), «Гериятрический опросник депрессии» (GDS) – для исключения актуальной депрессии участников исследования, «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE) – для определения выраженности когнитивного снижения. Для исключения стрессовой природы тревоги применена «Шкала оценки стрессовых жизненных событий» (The Holmes and Rahe Stress Scale).

## Результаты и обсуждение

Участники исследования направлялись на консультацию к психиатру врачами поликлинического отделения многопрофильной больницы. До участия в настоящем исследовании диагноз когнитивных расстройств пациентам не выставлялся, попыток коррекции их когнитивных функций прежде не проводилось. Причинами обращения за медицинской помощью на поликлинический прием чаще были множественные жалобы – в 79,3% случаях, реже пациенты обращались с жалобами на страдание в какой-то одной соматической сферах. В долевом соотношении жалобы распределились следующим образом: на болевые ощущения в области сердца – 61,1%, повышение артериального давления – 57,3%, боли в конечностях – 26,1%, боли и напряжение в шее и спине – 19,4%, головокружение – 22,7%, одышку – 37,9%, нарушение сна – 87,7%.

На момент обращения за общемедицинской помощью сопутствующая патология пациентов, по мнению лечащих врачей, не являлась клинически значимой, не определяя причины жалоб больных, не требовала коррекции терапии этой патологии, что в рамках проведения настоящего исследования позволяло рекомендовать данным пациентам обращение к психиатру.

Оценка психического состояния пациентов выявила наличие тревоги и недементного когнитивного снижения. В целом по группе средний балл по шкале Гамильтона (HAM-A) составил 39,72±3,18 баллов, средний балл по шкале MMSE – 25,55±0,6 баллов. Средняя продолжительность тревожного расстройства по группе составила 13,4±5,3 месяцев. В настоящее исследование включены пациенты, набравшие 5 и меньше баллов по шкале GDS, что подтвердило клиническое заключение об отсутствии актуальной депрессии участников исследования. Сбор анамнеза и заполнение шкалы оценки стрессовых жизненных событий (Holmes and Rahe Stress Scale) за последний год в группе отобранных пациентов исключил жизненное событие, оцененное выше 50 баллов, с суммарным баллом < 150, что соответствует низкому риску развития стрессобусловленного заболевания [19].

Для достижения цели настоящего исследования сформировано 2 группы пациентов с различным нейропсихиатрическим профилем поражения когнитивных функций: амнестический (гиппокампальный) – 8 чел. (25%), дисрегуляторный тип УКР выявлен у 20 человек (62,5%).

Амнестический (гиппокампальный) тип УКР (средний балл по MMSE – 25,2±0,37), характеризовался изолированным нарушением эпизодической памяти

Таблица 1. Структура тревожного расстройства по HAM-A у пациентов с амнестическим и дисрегуляторными типами УКР, баллы

Признак	Амнестический тип УКР (n=8)	Дисрегуляторный тип УКР (n= 20)
Тревожное настроение	1,75	3,6
Напряжение	3,5	3,6
Страхи	3,0	1,4
Инсомния	3,5	2,3
Интеллектуальные нарушения	4,5	3,2
Депрессивное настроение	3,0	2,2
Соматические мышечные симптомы	3,75	2,3
Соматические сенсорные симптомы	2,25	4,1
Сердечно-сосудистые симптомы	2,5	4,4
Респираторные симптомы	2,25	3,2
Гастроинтестинальные симптомы	2,0	2,1
Моче-половые симптомы	1,5	2,8
Вегетативные симптомы	2,5	4,0
Поведение при осмотре	3,25	4,1
Общий балл	37,75	41,7

\* $p < 0,05$ .

при сохранной критике, интеллекте и других высших психических функциях. Нарушения запоминания, выявленные у лиц с амнестическим типом УКР, были представлены нарушением запоминания с дефектом воспроизведения, опосредованного запоминания и узнавания. Дисрегуляторный тип УКР (средний балл по MMSE 25,9+0,54), отличался преобладанием лобной дисфункции, клинически проявляемое снижением памяти с дефектом активного воспроизведения, но сохранным узнаванием и опосредованным запоминанием, а также снижением речевой активности.

Средний сумарный балл по HAM-A при различных типах УКР был сопоставим: при амнестическом типе -37,75, при дисрегуляторном типе - 41,7 ( $p > 0,5$ ). У всех участников исследования тревожное расстройство носило перманентный характер, но набору симптомов соответствовало критериям МКБ-10 генерализованного тревожного расстройства. В рамках МКБ-10 диагностировалось органическое тревожное расстройство (F06.4).

Структура тревожного симптомокомплекса участников исследования на момент первичной оценки их состояния была обобщена по подгруппам клинических типов УКР (Таб. 1). При амнестическом типе УКР в структуре тревожного состояния доминировали проявления интеллектуального нарушения, представленные затруднениями концентрации внимания, ухудшением памяти, и соматические мышечные симптомы, проявляемые болями, подергиваниями, ощущением напряжения, вздрагивания, чувством беспокойства, «ожиданием неприятностей», нарушениями сна с затрудненным засыпанием, прерывистым сном, кошмарными сновидениями.

При дисрегуляторном типе УКР ведущее место в проявлениях тревожного состояния занимали сердечно-сосудистые симптомы с ощущением пульсации, сердцебиения, боли в груди, соматические сенсорные симптомы с расплывчатостью и нечеткостью зрения, ощущениями слабости, приливами жара и холода, вегетативные сим-

птомы, проявляемые жалобами на «внутреннюю дрожь», неуверенность, головные боли с чувством напряжения, явлениями дермографизма, сухостью во рту. Такие пациенты были особенно беспокойны при осмотре, они суетились, были неусидчивы, много жестикулировали, учащенно дышали, торопливо говорили. Наблюдаемая симптоматика была лабильна, запущенные незначительным стрессом обострения сменялись быстрым спонтанным купированием тревоги.

Феноменологический набор тревожного симптомокомплекса различен при разных нейropsychологических типах УКР. Достоверные отличия получены по пунктам тревожное настроение, соматические сенсорные, сердечно-сосудистые симптомы, мочеполовые, вегетативные симптомы, поведение при осмотре достоверно чаще встречаемые при дисрегуляторном типе УКР, страхи преобладали у пациентов с амнестическим типом УКР ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, изучение структуры тревожного симптомокомплекса у 28 пациентов позднего возраста с УКР, обратившихся в поликлинику многопрофильной больницы, с различными соматическими жалобами, расцененными соматическими проявлениями тревожного расстройства, выявило, что синдромальная структура тревожного расстройства у пациентов с амнестическим, дисрегуляторным клиническими типами умеренного когнитивного расстройства имеет различия. У пациентов с УКР дисрегуляторного типа в клинической структуре тревожного расстройства ярче выявлялись сердечно-сосудистый, вегетативный, поведенческий компоненты. Выраженность тревожного расстройства у пациентов с амнестическим типом УКР определялась доминированием интеллектуальных нарушений, симптомами мышечного напряжения, нарушениями сна. Выявленные структурные различия тревожного расстройства при УКР свидетельствуют о его клинической гетерогенности и, возможно, различных механизмах его формирования при начальных этапах когнитивного заболевания.

**Выводы**

Структура симптомокомплекса тревожного расстройства у пожилых больных с умеренным когнитивным расстройством клинически различной нейропсихологической структуры неоднородна. ■

**Сиденкова А.П.**, д.м.н., кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; Адрес для переписки - 620030, г. Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км, e-mail: sidenkovs@mail.ru

**Литература:**

1. Осанов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессия и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС//Кардиология. 2004. № 1.
2. Капустенская Ж.И., Пустозеров В.Г., Ананьев А.А., Ковалева Л.П. Тревожные и депрессивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста с хронической церебральной ишемией//Сибирский медицинский журнал. 2009. № 7. С. 183-185
3. Коберская Н.Н. Клинические, диагностические и терапевтические аспекты умеренных когнитивных нарушений амнестического типа. Медицинский совет. 2015; 5: 40-44. doi: 10.21518/2079-701X-2015-5-40-45
4. World development report 2015: equity and development. Washington DC. The World Bank. 2015. Доступно по: <http://www.worldbank.org/en/publication/wdr2015>. Ссылка активна на 29.08.2017
5. Atlantis E., Fahey P., Cochrane B. et al. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review and meta-analysis. Chest. 2013; 144 (3): 766-777. doi: 10.1378/chest.12-1911.
6. Patien S.B., Williams J.V., Lavorato D.H. et al. Major depression as a risk factor for high blood pressure: epidemiologic evidence from a national longitudinal study. Psychosom. Med. 2009; 71(3): 273-9. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181988e5f
7. Shah R.. General practice consultation rates for psychiatric disorders in patients aged 65 and over: prospective cohort study. Int. J. Geriatr Psychiatry. 2001; 16(1): 57-63.
8. Царенко Д.М. Клинико-психопатологические особенности когнитивных нарушений при расстройствах тревожно-депрессивного спектра: Дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2012. Доступно по: [http://tntip-repo.ru/view\\_statiy.php?id=3570](http://tntip-repo.ru/view_statiy.php?id=3570). Ссылка активна на 29.08.2017
9. Сысоева В.П. Тревожные состояния в пожилом возрасте: Дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2015. Доступно по: <http://medical-diss.com/medicina/trevozhnye-sostoyaniya-v-pozhilom-vozhraсте>. Ссылка на 29.08.2017
10. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг. Экономика здравоохранения. 2000 (12). Доступно по: <https://medi.ru/info/1984/>. Ссылка на 29.08.2017
11. Rotella F., Mannucci E. Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies. Clin. Psychiatry. 2013; 74(1): 31-7. doi: 10.4088/JCP.12r07922.
12. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. Am. J. Prev. Med. 2002; 23(1): 51-61.
13. Савина М.А. Постинсультные психические нарушения: клинико-статистические, клинические, клинко-патогенетические, прогностические аспекты. Дис. докт. мед. наук. Москва; 2016. Доступно по: <http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/diss/savina/savinadiss.pdf>. Ссылка на 29.08.2017
14. Gulpers B, Ramakers I, Hamel R. Anxiety as a predictor for cognitive decline and dementia: a systematic review and meta-analysis. Am J Geriatr Psychiatry. 2016. doi: 10.1016/j.jagp.2016.05.015.
15. Vinholi L.S., Oliveira G.M., Yokomizo J.E., Saran L.F., Bottino C., Yassuda M.S. The Geriatric Anxiety Inventory in primary care: applicability and psychometric characteristics of the original and short form. Arch. Clin. Psychiatry. 2016. 43 (5). doi. org/10.1590/0101-60830000000094
16. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций. Дис. докт. мед. наук. Томск; 2010. Доступно по: <http://www.disscat.com/content/psikhosotsialnaya-model-pozdnykh-demensii>. Ссылка на 29.08.2017
17. Billiotti de Gage, Moride Y. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. BMJ. 2014; 349 (9): g5205. doi: 10.1136/bmj.g5205.
18. Coupland C., Dhiman P., Arthur A., Morris R. Barton G., Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. BMJ. 2011 Aug 2; 343: d4551. doi: 10.1136/bmj.d4551
19. Rahe RH, Arthur RJ. Life change and illness studies: past history and future directions. J Human Stress. 1978; 4 (1): 3-15. doi: 10.1080/0097840X.1978.9934972