

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Иванова Л.А.

Иркутская государственная
медицинская академия
последипломного образования –
филиал ФГБОУ ДПО «Российская
медицинская академия непрерывного
профессионального образования»
Минздрава России (664079, г. Иркутск,
Юбилейный, 100, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Иванова Людмила Александровна,
e-mail: ivanova.l@bk.ru

РЕЗЮМЕ

Обоснование. Прогнозируется увеличение количества людей пожилого возраста с когнитивными расстройствами, в том числе с деменцией.

Цель исследования. Изучение факторов риска развития сосудистой деменции.

Методы. Обследованы 39 пациентов с сосудистой деменцией (F01 по МКБ-10); средний возраст – $75,2 \pm 9,9$ года. Группу сравнения составили 167 человек, посещающие школы памяти, у которых выявлено снижение когнитивных функций (средний возраст – $70,01 \pm 3,03$ года. По шкале MMSE (Mini Mental State Examination) умеренная степень деменции выявлена в 56,4 % случаев, тяжёлая – в 43,6 %; в группе сравнения в 94 % случаев отмечены лёгкие и в 6 % – умеренные когнитивные нарушения.

Результаты. В группе сосудистой деменции статистически значимо чаще выявлялись: ишемическая болезнь сердца (ИБС) в возрасте 70–79 лет (57,1 %; $p = 0,000$) и в группе в целом (56,4 %; $p = 0,000$); сахарный диабет в возрасте 60–69 лет (100 %; $p = 0,005$); артериальная гипертензия (АГ) в возрасте 70–79 лет (100 %; $p = 0,000$) и в группе в целом (87,2 %; $p = 0,000$). В группе сравнения частота индекса массы тела (ИМТ) более 25 была статистически значимо выше в возрасте 70–79 лет (60 %; $p = 0,000$), 80 лет и старше (64,3 %; $p = 0,037$) и в группе в целом (68,9 %; $p = 0,000$). Среди лиц с умеренными когнитивными расстройствами статистически значимо чаще встречались: ИБС в возрасте 60–69 лет (10 %; $p = 0,001$), сахарный диабет в возрасте 70–79 лет (40 %; $p = 0,025$) и в группе в целом (50 %; $p = 0,033$), ИМТ более 25 в возрасте 80 лет и старше (70 %; $p = 0,000$) и в группе в целом (100 %; $p = 0,000$). Общим фактором риска как для пациентов с сосудистой деменцией, так и для группы с умеренными когнитивными расстройствами оказался возраст 80 лет и старше (20,5 % ($p = 0,027$) и 70 % ($p = 0,005$) соответственно).

Заключение. Факторы риска развития когнитивных нарушений – ИБС, АГ, сахарный диабет, избыточная масса тела – являются потенциально обратимыми; их своевременное выявление позволит уменьшить развитие когнитивных расстройств и деменции.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, сосудистая деменция, факторы риска, профилактика

Статья поступила: 30.12.2021

Статья принята: 16.05.2023

Статья опубликована: 11.07.2023

Для цитирования: Иванова Л.А. Факторы риска развития сосудистой деменции. Acta biomedica scientifica. 2023; 8(3): 121-129. doi: 10.29413/ABS.2023-8.3.13

RISK FACTORS FOR VASCULAR DEMENTIA

Ivanova L.A.

Irkutsk State Medical Academy
of Postgraduate Education – Branch
Campus of the Russian Medical Academy
of Continuing Professional Education
(Yubileyniy 100, Irkutsk 664079,
Russian Federation)

Corresponding author:

Lyudmila A. Ivanova,
e-mail: ivanova.l@bk.ru

ABSTRACT

Background. An increase in the number of older people with cognitive disorders, including dementia, is expected.

The aim. To study the risk factors for vascular dementia.

Material and methods. 39 patients with vascular dementia (ICD-10 diagnosis code F01) were examined. The comparison group consisted of 167 people. According to the MMSE (Mini Mental State Examination) scale, moderate dementia was detected in 56.4 % of cases, severe – in 43.6 %; in the comparison group, 94 % had mild and 6 % – moderate cognitive impairment.

Results. In the vascular dementia group, the following risk factors were registered significantly more often: ischemic heart disease – at the age of 70–79 years (57.1 %; $p = 0.000$) and in the group as a whole (56.4 %; $p = 0.000$); diabetes mellitus – at the age of 60–69 years (100 %; $p = 0.005$); arterial hypertension – at the age of 70–79 years (100 %; $p = 0.000$) and in the group as a whole (87.2 %; $p = 0.000$). In the comparison group, the frequency of body mass index over 25 was significantly higher at the age of 70–79 years (60 %; $p = 0.000$), 80 years and older (64.3 %; $p = 0.037$) and in the group as a whole (68.9 %; $p = 0.000$). Among people with moderate cognitive impairment, the following risk factors were significantly more common: coronary heart disease – at the age of 60–69 years (10 %; $p = 0.001$); diabetes mellitus – at the age of 70–79 years (40 %; $p = 0.025$) and in the group as a whole (50 %; $p = 0.033$), the frequency of body mass index over 25 – at the age of 80 years and older (70 %; $p = 0.000$) and in the group as a whole (100 %; $p = 0.000$).

Conclusion. Risk factors for the development of cognitive disorders (coronary heart disease, hypertension, diabetes mellitus, overweight) are potentially reversible; their timely detection can reduce the development of cognitive disorders and dementia.

Key words: cognitive impairment, vascular dementia, risk factors, prevention

Received: 30.12.2021

Accepted: 16.05.2023

Published: 11.07.2023

For citation: Ivanova L.A. Risk factors for vascular dementia. *Acta biomedica scientifica*. 2023; 8(3): 121-129. doi: 10.29413/ABS.2023-8.3.13

Нарушение памяти является особенностью лиц пожилого возраста; сохранность интеллектуального функционирования относится к актуальной проблеме. Прогнозируется увеличение количества пожилых людей и нарастание когнитивных расстройств, в том числе слабоумия [1–4]. Изменения высших функций в связи с заболеваниями головного мозга влияют на все сферы жизни (социальную, профессиональную, бытовую) и могут вызвать дезадаптацию [5–8]. Однако уже при выраженных нарушениях когнитивных функций возможность оказания помощи пациентам ограничена в связи с необратимостью патологических процессов [9, 10].

Среди причин развития когнитивных расстройств лидирующее место занимают цереброваскулярные и нейродегенеративные заболевания, при этом сосудистая деменция находится на втором месте по частоте развития слабоумия, уступая лидирующее положение болезни Альцгеймера [11, 12]. В связи с масштабом распространения, трудностью терапии слабоумия коррекция факторов риска позволит уменьшить распространение деменции на 8,5 % к 2050 году [13].

Модифицируемыми факторами риска формирования деменции являются артериальная гипертензия, злоупотребление алкоголем, курение, депрессия, сахарный диабет, заболевания сердца, избыточная масса тела [13]. Повышение артериального давления в среднем возрасте увеличивает риск развития деменции в течение 18-летнего периода наблюдения на 60 % [14]. Если артериальная гипертензия сохраняется в возрасте 60 лет, риск развития деменции увеличивается до 100 %. Препараты, контролируемые артериальное давление, рекомендованы для профилактики деменции [15].

Пациенты с сахарным диабетом подвержены развитию деменции в 2 раза чаще; риск развития слабоумия связан с продолжительностью и тяжестью диабета [16–18]. Считается, что больные с сахарным диабетом 2-го типа могут иметь повышение уровня амилоида [19, 20].

Ожирение связано с повышением риска развития деменции в позднем возрасте на 30 % [21]. При ожирении чаще формируется атрофия головного мозга [22]. Метаболический синдром также способствует когнитивным расстройствам [23].

Сохранности когнитивных способностей способствуют образование, профессиональная деятельность, активный досуг [24]. Невысокий уровень образования, достигнутый в юности, увеличивает риск формирования деменции в 1,72 раза; защитная роль высокого уровня образования позволит снизить возможность развития деменции на 4 % [25]. Риск развития слабоумия на 40 % выше у пожилых людей и на 20 % – у овдовевших по сравнению с женатыми; напротив, социальные контакты, особенно в пожилом возрасте, увеличивают когнитивный резерв [26, 27].

Повышение информированности о профилактике модифицируемых факторов риска оказывает положительное влияние на распространённость когнитивного снижения. Так, информация о факторах риска формирования деменции, полученная с помощью интернета, мотивировала 55,6 % пользователей изменить образ жизни

и 27 % – посетить врача для лечения имеющихся заболеваний [28].

Таким образом, оказание своевременной помощи пациентам с сосудистой деменцией имеет тесную связь с ранней диагностикой, профилактикой и лечением когнитивных и сопутствующих им расстройств в пожилом и старческом возрасте, осведомлённостью о факторах риска их формирования [29, 30].

Целью исследования явилось изучение факторов риска развития сосудистой деменции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены 39 пациентов с сосудистой деменцией (F01 по МКБ-10): мужчин – 18, женщин – 21; средний возраст на момент обследования – $75,2 \pm 9,9$ года. Пациенты проходили обследование и лечение в общих отделениях ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1». Сосудистая постинсультная деменция диагностирована у 7 (17,9 %) пациентов, сосудистая подкорковая деменция – у 32 (82,1 %). Диагноз «сосудистая деменция» был подтверждён диагностическими критериями сосудистых когнитивных расстройств [31]. Нейропсихологическое исследование проводилось по шкалам краткого исследования психического статуса – Mini Mental State Examination (MMSE), Монреальской когнитивной шкале (MoCA, Montreal Cognitive Assessment). В исследование были включены пациенты с умеренной (11–19 баллов по шкале MMSE) и тяжёлой деменцией (10 и менее баллов). На основании данных анамнеза пациентов, результатов клинического обследования была изучена частота факторов риска развития сосудистой деменции: артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2-го типа, производился расчёт индекса массы тела.

Из исследования исключались пациенты с органическим амнестическим синдромом, делирием, галлюцинаторно-параноидным синдромом, болезнью Альцгеймера, эпилепсией, токсической, лекарственной, метаболической энцефалопатией, соматической патологией в стадии декомпенсации, травмами головного мозга.

Группу сравнения составили посетители семинаров и школ по профилактике нарушений памяти в рамках выставки «Сибздравоохранение» и на базе Центра профилактической медицины «Здоровье» (Иркутск), у которых выявлено снижение когнитивных функций ($n = 167$; мужчин – 11, женщин – 156; средний возраст – $70,01 \pm 3,03$ года). Исследование по выявлению когнитивных нарушений и факторов риска проведено методом опроса с использованием анкеты путём письменного заполнения. Анкета включала жалобы на снижение памяти и другие когнитивные дисфункции, социально-демографическую характеристику, данные о наличии соматической патологии (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет); производился расчёт индекса массы тела. При нейропсихологическом исследовании использованы шкалы MMSE, MoCA. В исследование были включены пациенты с лёг-

кими (24–27 баллов по шкале MMSE) и умеренными (20–23 балла) когнитивными расстройствами.

Настоящее исследование проведено в соответствии с положениями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации по вопросам медицинской этики с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом (Комитетом по этике научных исследований ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; выписка из протокола № 1 от 24.01.2019). Все обследуемые, проходившие диагностику когнитивных функций в школе памяти, подписывали добровольное информированное согласие на представление своих данных. Получено информированное согласие на предоставление данных у родственников пациентов с сосудистой деменцией.

Статистический анализ результатов исследования проведён с использованием пакета программ Statistica 10.0 for Windows (StatSoft Inc., США). Для статистических расчётов использовались критерий χ^2 Пирсона, критерий Фишера (в случае, если $n < 4$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе пациентов с сосудистой деменцией по шкале MMSE тяжесть деменции соответствовала умеренной степени выраженности (11–19 баллов, среднее значение – $14,5 \pm 1,3$ балла) у 22 (56,4 %) человек, тяжёлой (0–10 баллов, среднее значение – $6,7 \pm 2,5$ балла) – у 17 (43,6 %). По шкале MoCA у всех пациентов выявлено снижение шкальной оценки (среднее значение – $13,3 \pm 1,1$ балла).

Среди пациентов с сосудистой деменцией артериальная гипертензия II–III стадии выявлена в 87,2 % случаев; ишемическая болезнь сердца (ИБС) – в 56,4 %, в том числе стабильная стенокардия II–III функционального класса (ФК) – в 33,3 %, атеросклероз коронарных артерий – в 15,4 %; фибрилляция предсердий – в 7,7 %. ИБС осложнялась хронической сердечной недостаточностью II ФК в 41 % случаев, III ФК – в 15,4 %. Сахарный диабет 2-го типа выявлен в 15,4 % случаев. Средняя длительность наблюдения артериальной гипертензии составила $16,3 \pm 2,4$ года, ишемической болезни сердца – $13,8 \pm 1,9$ года, сахарного диабета – $14,6 \pm 3,8$ года. Индекс массы тела более 25 определялся у 6 (15,4 %) больных сосудистой деменцией.

По данным МРТ-исследований у пациентов с постинсультной сосудистой деменцией выявлены очаговые изменения лобно-теменной локализации обоих полушарий, височно-затылочной области в базальных ядрах левого полушария, зрительном бугре; субкортикальные очаги лейкоареоза в передних отделах мозга, белом веществе лобных долей, базальных ядрах, зрительном бугре (84,6 %). У пациентов с сосудистой подкорковой деменцией лейкоареоз в передних, лобных и задних отделах головного мозга встречался в 35,9 % случаев, с частично или тотально сливающимися очагами в базальных ядрах, лобных долях, области зрительного бугра

левого полушария – в 25,6 %, в области таламуса с двусторонней локализацией – в 20,5 %.

В группе сравнения ($n = 167$) в результате нейропсихологического исследования по шкале MMSE выявлены лёгкие когнитивные нарушения (24–27 баллов) у 157 (94 %) человек, умеренные когнитивные нарушения (23 балла) – у 10 (6 %); по шкале MoCA снижение показателей отмечено у всех посетителей, среднее значение составило $22,1 \pm 1,1$ балла. Артериальная гипертензия II–III стадии выявлена в 44,3 % случаев, ИБС – в 7,8 %, сахарный диабет 2-го типа – в 10,2 %, индекс массы тела более 25 – в 68,9 %.

В результате проведённого сравнительного исследования средний возраст пациентов с сосудистой деменцией выше, чем в группе сравнения, однако различия не были статистически значимыми (табл. 1). Мужчины статистически значимо чаще встречались в группе сосудистой деменции (46,2 %; $\chi^2 = 40,9207$; $p = 0,000$), женщины – в группе сравнения (93,4 %; $\chi^2 = 40,9207$; $p = 0,000$). Сравнительный анализ возрастных периодов выявил статистически значимо большее количество обследуемых в школах памяти в возрасте 60–69 лет (46,7 %; $\chi^2 = 20,1697$; $p = 0,000$) в сравнении с пациентами с сосудистой деменцией (7,7 %). Напротив, в группе сосудистой деменции статистически значимо чаще преобладал возраст 70–79 лет (71,7 %; $\chi^2 = 9,1407$; $p = 0,003$) и 80 лет и старше (20,5 %; $\chi^2 = 4,8764$; $p = 0,027$). Пациенты с сосудистой деменцией характеризовались более высокими значениями среднего образования, чем в группе сравнения (51,3 % и 17,9 % соответственно; $\chi^2 = 78,0598$; $p = 0,000$). Напротив, среди лиц, посещающих школы памяти, было статистически значимо больше, чем среди пациентов с сосудистой деменцией, людей со средне-специальным (67,1 % и 28,2 % соответственно; $\chi^2 = 19,8466$; $p = 0,000$) и высшим образованием (29,9 % и 20,5 % соответственно; без статистической разницы). Статистически значимо чаще в группе с сосудистой деменцией встречались вдовы и вдовцы (76,9 %; $\chi^2 = 60,1253$; $p = 0,000$). Напротив, в группе сравнения статистически значимо чаще люди находились в браке (78,4 %; $\chi^2 = 52,3227$; $p = 0,000$). Отсутствие инвалидности статистически значимо чаще встречалось в группе посетителей школ памяти по сравнению с группой сосудистой деменции (89,8 % и 17,9 % соответственно; $\chi^2 = 90,088$; $p = 0,000$). Среди пациентов первую группу инвалидности в связи с диагнозом сосудистая деменция имели 38,5 %, в группе сравнения – 1 (0,6 %) человек; и она была оформлена в связи с общим заболеванием ($\chi^2 = 63,2701$; $p = 0,000$). Вторую группу инвалидности имели 43,7 % пациентов с сосудистой деменцией ($\chi^2 = 47,6778$; $p = 0,000$) и 4,2 % в группе сравнения; в обоих случаях – в связи с общим заболеванием. Третья группа инвалидности была оформлена у 8 (4,8 %) человек, посещающих школу памяти.

Проведено сравнительное исследование факторов риска у пациентов с сосудистой деменцией и в лиц группы сравнения (табл. 2). У пациентов с сосудистой деменцией частота ИБС была статистически значимо выше, чем в группе сравнения, в возрасте 70–79 лет (57,1 % и 10,7 % соответственно; $\chi^2 = 24,642$; $p = 0,000$) и в груп-

ТАБЛИЦА 1
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ И ГРУППЫ
СРАВНЕНИЯ

TABLE 1
SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS
WITH VASCULAR DEMENTIA AND COMPARISON GROUP

Признаки	Группа сосудистой деменции (n = 39)		Группа сравнения (n = 167)		p
	абс.	%	абс.	%	
Средний возраст	75,2 ± 9,9		70,01 ± 3,03		0,617
Мужчины	18	46,2	11	6,6	0,000 ($\chi^2 = 40,9207$)
Женщины	21	53,8	156	93,4	0,000 ($\chi^2 = 40,9207$)
60–69 лет	3	7,7	78	46,7	0,000 ($\chi^2 = 20,1697$)
70–79 лет	28	71,7	75	44,9	0,003 ($\chi^2 = 9,1407$)
80 лет и старше	8	20,5	14	8,4	0,027 ($\chi^2 = 4,8764$)
Образование					
Среднее	20	51,3	3	17,9	0,000 ($\chi^2 = 78,0598$)
Средне-специальное	11	28,2	112	67,1	0,000 ($\chi^2 = 19,8466$)
Высшее	8	20,5	50	29,9	0,239 ($\chi^2 = 1,3890$)
Неполное высшее	–	–	2	1,2	–
Семейное положение					
В браке	7	17,9	131	78,4	0,000 ($\chi^2 = 52,3227$)
В разводе	2	5,1	10	5,9	0,836 ($\chi^2 = 0,0426$)
Вдовство	30	76,9	26	15,6	0,000 ($\chi^2 = 60,1253$)
Инвалидность					
Нет	7	17,9	150	89,8	0,000 ($\chi^2 = 90,088$)
1-я группа	15	38,5	1	0,6	0,000 ($\chi^2 = 63,2701$)
2-я группа	17	43,7	7	4,2	0,000 ($\chi^2 = 47,6778$)
3-я группа	–	–	8	4,8	–

пе в целом (56,4 % и 7,8 % соответственно; $\chi^2 = 53,005$; $p = 0,000$). Частота сахарного диабета у пациентов с сосудистой деменцией была статистически значимо выше в возрасте 60–69 лет (100 % и 15,4 % соответственно; $p = 0,005$) и без статистических различий – в возрасте 70–79 лет (10,7 % и 6,7 % соответственно). Частота индекса массы тела более 25 статистически значимо чаще выявлялась в группе сравнения в возрасте 70–79 лет (60 %; $p = 0,000$), 80 лет и старше (64,3 %; $p = 0,037$) и в группе в целом (68,9 %; $\chi^2 = 37,3068$; $p = 0,000$). Наибольшая частота индекса массы тела более 25 была в возрасте 60–69 лет как у пациентов с сосудистой деменцией (100 %), так и в группе сравнения (78,2 %). Артериальная гипертензия у пациентов с сосудистой деменцией статистически значимо чаще отмечена в группе в целом (87,2 %; $\chi^2 = 23,2547$; $p = 0,000$) и в возрасте 70–79 лет (100 %; $\chi^2 = 42,377$; $p = 0,000$), чем в группе сравнения (44,3 % и 28 % соответственно).

Результаты исследования факторов риска у пациентов с сосудистой деменцией и в группе сравнения с умеренными когнитивными нарушениями представлены в таблице 3.

Среди пациентов с сосудистой деменцией статистически значимо больше было лиц в возрасте 70–79 лет (71,7 %; $p = 0,004$); напротив, в группе с умеренными когнитивными нарушениями – в возрасте 80 лет и старше (70 %; $\chi^2 = 9,1764$; $p = 0,002$). Средне-специальное образование статистически значимо чаще имели лица с умеренными когнитивными нарушениями (70 %; $\chi^2 = 5,9823$; $p = 0,014$). Индекс массы тела более 25 чаще выявлялся во всех исследуемых возрастных периодах в группе с умеренными когнитивными нарушениями, в том числе со статистически значимой разницей – в возрасте 80 лет и старше (70 %; $p = 0,000$) и в группе в целом (100 %; $\chi^2 = 25,9135$; $p = 0,000$). Артериальная гипертензия статистически значимо чаще регистрировалась у пациен-

ТАБЛИЦА 2
ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ
ДЕМЕНЦИЕЙ И В ГРУППЕ СРАВНЕНИЯ

TABLE 2
RISK FACTORS IN PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA
AND IN THE COMPARISON GROUP

Возраст	Группа сравнения (n = 167)		Группа сосудистой деменции (n = 39)		p
	абс.	%	абс.	%	
ИБС					
60–69 лет	5/78	6,4	1/3	33,3	0,209
70–79 лет	8/75	10,7	16/28	57,1	0,000 ($\chi^2 = 24,642$)
80 лет и старше	–	–	5/8	62,5	–
Итого	13/167	7,8	22/39	56,4	0,000 ($\chi^2 = 53,005$)
Сахарный диабет					
60–69 лет	12/78	15,4	3/3	100	0,005
70–79 лет	5/75	6,7	3/28	10,7	0,375
80 лет и старше	–	–	–	–	–
Итого	17/167	10,2	6/39	15,4	0,353
Индекс массы тела более 25					
60–69 лет	61/78	78,2	3/3	100	0,488
70–79 лет	45/75	60	2/28	7,1	0,000
80 лет и старше	9/14	64,3	1/8	12,5	0,037
Итого	115/167	68,9	6/39	15,4	0,000 ($\chi^2 = 37,3068$)
Артериальная гипертензия					
60–69 лет	43/78	55,1	3/3	100	0,254
70–79 лет	21/75	28	28/28	100	0,000 ($\chi^2 = 42,377$)
80 лет и старше	10/14	71,4	3/8	37,5	0,1836
Итого	74/167	44,3	34/39	87,2	0,000 ($\chi^2 = 23,2547$)

тов с сосудистой деменцией в возрасте 70–79 лет (71,8%; $p = 0,004$), в группе с умеренными когнитивными нарушениями – в возрасте 80 лет и старше (70%; $p = 0,000$). В группе сравнения с умеренными когнитивными нарушениями ИБС со статистически значимой разницей чаще выявлена в возрасте 60–69 лет (10%; $p = 0,001$), у пациентов с сосудистой деменцией – в возрасте 70–79 лет (41%). Сахарный диабет среди обследуемых с умеренными когнитивными нарушениями статистически значительно чаще отмечался в возрасте 70–79 лет (40%; $p = 0,025$) и в группе в целом (50%; $\chi^2 = 5,4780$; $p = 0,033$).

У всех пациентов с сосудистой деменцией среди психопатологических нарушений выявлялись психомоторная замедленность, трудность переключения внимания, нарушение оперативной памяти. Дизрегуляторные нарушения в виде трудностей в принятии решений и планировании встречались в 84,6% случаев, конфабуляции – в 43,6%, элементы амнестической афазии – в 28,2%. У 43,6% пациентов выявлялась депрессивная симптома-

тика в виде сниженного настроения с тоскливым оттенком, безразличия, апатии. Клиника сосудистой деменции характеризовалась мерцанием симптомов с усилением спутанного помрачения сознания в вечернее и ночное время, нарушением пространственного и временного гнозиса, психопатоподобными нарушениями поведения в виде раздражительности и агрессии. В 15,4% случаев психотическая симптоматика включала бред мало-го размаха и эпизоды зрительного галлюциноза. Все пациенты были не критичны к своему состоянию.

Терапия пациентов с сосудистой деменцией в условиях психиатрического стационара с целью симптоматического улучшения когнитивных функций и поддержания их повседневной активности включала использование мемантина; из нейропротективных препаратов были использованы этилметилгидроксипиридина сукцинат (79,5%), депротенинизированный гемодериват крови телят (69,2%), винпоцетин (69,2%), аминифенилмасляной кислоты гидрохлорид (48,7%), церебролизина кон-

ТАБЛИЦА 3
ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ
ДЕМЕНЦИЕЙ И В ГРУППЕ СРАВНЕНИЯ С УМЕРЕННЫМИ
КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

TABLE 3
RISK FACTORS IN PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA
AND IN THE COMPARISON GROUP WITH MODERATE
COGNITIVE IMPAIRMENT

Факторы риска	Группа сосудистой деменции (n = 39)		Группа сравнения – умеренные когнитивные нарушения (n = 10)		p
	абс.	%	абс.	%	
Средний возраст	75,2 ± 9,9		78,3 ± 6,3		0,793
Мужчины	18	46,2	3	30	0,126
Женщины	21	53,8	7	70	0,290
60–69 лет	3	7,7	1	10	0,612
70–79 лет	28	71,7	2	20	0,004
80 лет и старше	8	20,5	7	70	0,002 ($\chi^2 = 9,1764$)
Образование					
Среднее	20	51,3	2	20	0,076
Средне-специальное	11	28,2	7	70	0,014 ($\chi^2 = 5,9823$)
Высшее	8	20,5	1	10	0,403
Семейное положение					
В браке	7	17,9	–	–	–
В разводе	2	5,1	1	10	0,504
Вдовство	30	76,9	9	90	0,335
Инвалидность					
Нет	7	17,9	–	–	–
1-я группа	15	38,5	1	10	0,086
2-я группа	17	43,7	4	40	0,565
3-я группа	–	–	4	40	–
Индекс массы тела более 25					
60–69 лет	3	7,7	1	10	0,612
70–79 лет	2	5,1	2	20	0,180
80 лет и старше	1	2,6	7	70	0,000
Всего	6	15,4	10	100	0,000 ($\chi^2 = 25,9135$)
Артериальная гипертензия					
60–69 лет	3	7,7	1	10	0,612
70–79 лет	28	71,8	2	20	0,004
80 лет и старше	3	7,7	7	70	0,000
Всего	34	87,2	10	100	0,302 ($\chi^2 = 1,4277$)
Ишемическая болезнь сердца					
60–69 лет	1	2,6	1	10	0,001
70–79 лет	16	41,0	2	20	0,066
80 лет и старше	5	12,8	–	–	–
Всего	22	56,4	3	30	0,127
Сахарный диабет					
60–69 лет	3	7,7	1	10	0,612
70–79 лет	3	7,7	4	40	0,025
80 лет и старше	–	–	–	–	–
Всего	6	15,4	5	50	0,033 ($\chi^2 = 5,4780$)

центрат (41 %). Для терапии поведенческих и психотических нарушений применялись антипсихотики хлорпро- тиксен (28,2 %), кветиапин (15,4 %), рисперидон (7,7 %); для терапии аффективных расстройств – антидепрес- санты пипофезин (28,2 %), агомелатин и эсциталопрам (по 7,7 %). Противозлепептические средства – вальпро- евая кислота (15,4 %), карбамазепин (12,8 %) – были ис- пользованы у агитированных пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате проведённого иссле- дования изучены факторы риска формирования сосуди- стой деменции. Среди пациентов с сосудистой деменци- ей выявлена умеренная степень выраженности демен- ции в 56,4 % случаев, тяжёлая деменция – в 43,6 %; в груп- пе сравнения диагностированы лёгкие (94 %) и умерен- ные (6 %) когнитивные нарушения.

Среди пациентов с сосудистой деменцией стати- стически значимо чаще встречались мужчины (46,2 %; $p = 0,000$), возрастные периоды 70–79 лет (71,7 %; $p = 0,003$) и 80 лет и старше (20,5 %; $p = 0,027$), лица со средним образованием (51,3 %; $p = 0,000$), вдовы и вдовцы (76,9 %; $p = 0,000$). Пациенты имели первую и вторую группы инвалидности (38,5 % ($p = 0,000$) и 43,7 % ($p = 0,000$) соответственно).

В группе сравнения было статистически значимо больше женщин (93,4 %; $p = 0,000$), лиц со средне-спе- циальным (67,1 %; $p = 0,000$) и высшим образованием (29,9 %; без статистической разницы). Посетители школ памяти в 78,4 % случаев находились в браке ($p = 0,000$) и в 89,8 % не имели группы инвалидности ($p = 0,0000$).

Среди факторов риска статистически значимо чаще у пациентов с сосудистой деменцией по сравнению с ли- цами, посещающими школы памяти, в возрасте 70–79 лет и в группе в целом выявлялась ИБС ($p = 0,000$, $p = 0,000$), в возрасте 60–69 лет – сахарный диабет ($p = 0,005$); ча- стота артериальной гипертензии была статистически значимо выше в возрасте 70–79 лет ($p = 0,000$) и в груп- пе в целом ($p = 0,000$). В группе сравнения частота ин- декса массы тела более 25 была статистически значимо выше в возрасте 70–79 лет ($p = 0,000$), 80 лет и старше ($p = 0,037$) и в группе в целом ($p = 0,000$), чем у пациен- тов с сосудистой деменцией.

В группе лиц с умеренными когнитивными наруше- ниями в сравнении с пациентами с сосудистой демен- цией выявлено статистически значимо большее количе- ство исследуемых в возрасте 80 лет и старше ($p = 0,002$), со средне-специальным образованием (70 %; $p = 0,014$); также были статистически значимо выше частота ИБС в возрасте 60–69 лет ($p = 0,001$), сахарного диабета – в возрасте 70–79 лет ($p = 0,025$) и в группе в целом ($p = 0,033$), индекса массы тела больше 25 – в возрасте 80 лет и старше ($p = 0,000$) и в группе в целом ($p = 0,000$). Общим фактором риска как для пациентов с сосудистой деменцией, так и для группы с умеренными когнитив- ными расстройствами оказался возраст 80 лет и стар- ше ($p = 0,027$ и $p = 0,005$ соответственно).

Клинические особенности пациентов с сосудистой деменцией в условиях психиатрического стационара ха- рактеризовались тяжёлыми когнитивными нарушения- ми, аффективными, психотическими и поведенческими расстройствами, что требовало назначение комбини- рованной терапии (мемантин, антипсихотик, антидепрес- сант, нормотимик).

Организация школ здоровья как для пациентов с на- рушениями памяти, так и для лиц с факторами риска по- зволит повысить уровень знаний по предупреждению развития когнитивных расстройств. Факторы риска ког- нитивного снижения (уровень образования, брачный статус (социальные контакты), сердечно-сосудистые за- болевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия), сахарный диабет, избыточная масса тела) являются потенциально обратимыми, и их своевре- менное выявление позволит уменьшить развитие когнитив- ных расстройств и деменции.

Конфликт интересов

Автор данной статьи сообщает об отсутствии кон- фликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Курбанова М.М., Галаева А.А., Стефановская Е.В., Сувор- кина А.А., Алиханов Н.М. Современные методы диагностики когнитивных нарушений. *Российский семейный врач*. 2020; (1): 35-44. [Kurbanova MM, Galayeva AA, Stefanovskaya YV, Su- vorkina AA, Alikhanov NM. Modern methods for the diagnosis of cognitive impairment. *Russian Family Doctor*. 2020; (1): 35-44. (In Russ.)]. doi: 10.17816/RFD18986
2. Ткачева О.Н., Чердак М.А., Мхитарян Э.А. Обследование пациентов с когнитивными нарушениями. *Российский медицин- ский журнал*. 2017; (25): 1880-1883. [Tkacheva ON, Cherdak MA, Mkhitaryan EA. Examination of patients with cognitive impair- ments. *RMJ*. 2017; (25): 1880-1883. (In Russ.)].
3. Rodríguez-Sánchez E, Mora-Simón S, Patino-Alonso M. Prevalence of cognitive impairment in individuals aged over 65 in an urban area: DERIVA study. *BMC Neurol*. 2011; 11(1): 147. doi: 10.1186/1471-2377-11-147
4. Ткачева О.Н. (ред.). *Программа профилактики, раннего вы- явления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста: методические рекомендации*. М.: Прометей; 2019. [Tkacheva ON (ed.). *Program for the prevention, early detection, diagnosis and treatment of cognitive disorders in the elderly and senile age: guidelines*. Moscow: Prometei; 2019. (In Russ.)].
5. Waldron N, Laws H, James K, Willie-Tyndale D, Holder- Nevins D, Mitchell-Fearon K, et al. The prevalence of cognitive impairment among older adults in Jamaica. *West Indian Med J*. 2015; 2(2): 71-76. doi: 10.7727/wimjopen.2014.003
6. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. *Деменции: руководство для врачей*; 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2011. [Yakhno NN, Zakharov VV, Lokshina AB, Koberskaya NN, Mkhitaryan EA. *Dementia: Guidelines*; 2nd ed. Mos- cow: MEDpress-inform; 2011. (In Russ.)].
7. Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment. *Clin Geriatr Med*. 2014; 30(3): 421-442. doi: 10.1016/j.cger.2014.04.001

8. Behrman S, Valkanova V, Allan CL. Diagnosing and managing mild cognitive impairment. *Practitioner*. 2017; 261(1804): 17-20.
9. Sanford A. Mild cognitive impairment. *Clin Geriatr Med*. 2017; 33(3): 325-337. doi: 10.1016/j.cger.2017.02.005
10. Petersen RS, Touchon J. Consensus on mild cognitive impairment: EADC-ADCS. *Res Pract Alzheimers Dis*. 2005; 10: 38-46
11. Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю., Воробьев С.В. *Когнитивные нарушения: руководство для врачей*. М., 2019. [Emelin AYU, Lobzin VYu, Vorobyov SV. *Cognitive impairment: Guidelines*. Moscow, 2019. (In Russ.)].
12. Локшина А.Б. Тяжелая деменция: диагностика, ведение пациентов, профилактика осложнений. *Российский психиатрический журнал*. 2017; 4: 53-60. [Lokshina AB. Severe dementia: Diagnosis, patient management, prevention of complications. *Russian Journal of Psychiatry*. 2017; 4: 53-60. (In Russ.)].
13. Deckers K, van Boxtel MP, Schiepers OJ, de Vugt M, Muñoz Sánchez JL, Anstey KJ, et al. Target risk factors for dementia prevention: A systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015; 30(3): 234-246. doi: 10.1002/gps.4245
14. McGrath ER, Beiser AS, DeCarli C, Plourde KL, Vasan RS, Greenberg SM, et al. Blood pressure from mid- to late life and risk of incident dementia. *Neurology*. 2017; 89(24): 2447-2454. doi: 10.1212/WNL.0000000000004741
15. SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group; Williamson JD, Pajewski NM, Auchus AP, Bryan RN, Chelune G, et al. Effect of intensive vs standard blood pressure control on probable dementia: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2019; 321(6): 553-561. doi: 10.1001/jama.2018.21442
16. Yaffe K, Blackwell T, Kanaya AM, Davidowitz N, Barrett-Connor E, Krueger K. Diabetes, impaired fasting glucose, and development of cognitive impairment in older women. *Neurology*. 2004; 63(4): 658-663. doi: 10.1212/01.wnl.0000134666.64593.ba
17. Lu FP, Lin KP, Kuo HK. Diabetes and the risk of multi-system aging phenotypes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2009; 4(1): 41-44. doi: 10.1371/journal.pone.0004144
18. Chatterjee S, Peters SA, Woodward M, Mejia Arango S, Batty GD, Beckett N, et al. Type 2 diabetes as a risk factor for dementia in women compared with men: A pooled analysis of 2.3 million people comprising more than 100,000 cases of dementia. *Diabetes Care*. 2016; 39(2): 300-307. doi: 10.2337/dc15-1588
19. Luchsinger JA. Adiposity, hyperinsulinemia, diabetes and Alzheimer's disease: An epidemiological perspective. *Eur J Pharmacol*. 2008; 585(1): 119-129. doi: 10.1016/j.ejphar.2008.02.048
20. Cardoso S, Correia S, Santos RX, Carvalho C, Santos MS, Oliveira CR, et al. Insulin is a two-edged knife on the brain. *J Alzheimers Dis*. 2009; 18(3): 483-507. doi: 10.3233/JAD-2009-1155
21. Albanese E, Launer LJ, Egger M, Prince MJ, Giannakopoulos P, Wolters FJ, et al. Body mass index in midlife and dementia: Systematic review and meta-regression analysis of 589,649 men and women followed in longitudinal studies. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2017; 8: 165-178. doi: 10.1016/j.dadm.2017.05.007
22. Gorospe EC, Dave JK. The risk of dementia with increased body mass index. *Age Ageing*. 2007; 36: 23-29. doi: 10.1093/ageing/af1123
23. Bruehl H, Wolf OT, Sweat V, Tirsi A, Richardson S, Convit A. Modifiers of cognitive function and brain structure in middle-aged and elderly individuals with type 2 diabetes mellitus. *Brain Res*. 2009; 1280: 186-194. doi: 10.1016/j.brainres.2009.05.032
24. Kajitani S, Sakata K, McKenzie C. Occupation, retirement and cognitive functioning. *Ageing Soc*. 2017; 37: 1568-1596.
25. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. *World Alzheimer Report 2014. Dementia and risk reduction. An analysis of protective and modifiable factors*. 2014.
26. Sommerlad A, Ruegger J, Singh-Manoux A, Lewis G, Livingston G. Marriage and risk of dementia: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2018; 89(3): 231-238. doi: 10.1136/jnnp-2017-316274
27. Evans IEM, Martyr A, Collins R, Brayne C, Clare L. Social isolation and cognitive function in later life: A systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis*. 2019; 70(s1): S119-S144. doi: 10.3233/JAD-180501
28. Farrow M. User perceptions of a dementia risk reduction website and its promotion of behavior change. *JMIR Res Protoc*. 2013; 2(1): e15. doi: 10.2196/resprot.2372
29. Яхно Н.Н., Ткачев О.Н., Гаврилова С.И., Левин О.С., Боголепова А.Н., Мхитарян Э.А., и др. *Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025*. М.; 2018.
30. Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Агеев М.И., Шулькин Л.М., Косенко Н.А., Ломакина Г.В. Актуальные диагностические и судебно-психиатрические аспекты сосудистой деменции. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020; (4): 97-107. [Krasilnikov GT, Kosenko VG, Ageyev MI, Shoulkin LM, Kosenko NA, Lomakina GV. Current diagnostic and forensic psychiatric issues of vascular dementia. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2020; (4): 97-107. (In Russ.)].
31. Sachdev P, Kalaria R, O'Brien J, Skoog I, Alladi S, Black SE, et al.; International Society for Vascular Behavioral and Cognitive Disorders. Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: A VASCOG statement. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2014; 28(3): 206-218. doi: 10.1097/WAD.0000000000000034

Сведения об авторе

Иванова Людмила Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, e-mail: ivanova.l@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6322-5122>

Information about the author

Ljudmila A. Ivanova – Cand. Sc. (Med.), Associate Professor at the Department of Psychiatry and Addictology, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, e-mail: ivanova.l@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6322-5122>