

*На правах рукописи*

**Сердюк Олег Викторович**

**СИНДРОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ С  
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ В ПОЖИЛОМ  
ВОЗРАСТЕ**

14.01.06 – психиатрия

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва - 2022 г.

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент **Сиденкова Алена Петровна**

**Официальные оппоненты:**

- доктор медицинских наук **Михайлова Наталия Михайловна** - главный специалист организационно-методического отдела Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья»;

- доктор медицинских наук, профессор **Костюк Георгий Петрович** - главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы».

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «20» сентября 2022 г. в 15.00 на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г.Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте [www.serbsky.ru](http://www.serbsky.ru).

Автореферат разослан « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

И.Н.Винникова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** В настоящее время наблюдается рост возраст-ассоциированных заболеваний, в том числе когнитивных расстройств (Гаврилова С.И., 2006; Калын Я.Б., 2001; Пищикова Л.Е., 2015; Petersen R.C. et al., 2018). Современные биомаркерные концепции объясняют континуальность и непрерывность перехода от «нормального старения головного мозга» к слабоумию через доклиническую стадию и мягкое когнитивное снижение (Mild Cognitive Impairment, MCI)\* (Petersen R.C., 2018; Braak H., Braak E., 1996). Среди 70-ти летних людей альцгеймеровские маркеры распространены в 46%, встречаемость доклинической болезни Альцгеймера составляет 9,7%, MCI – 13,1% (Silke K. et al., 2018). В российской популяции когнитивные расстройства у амбулаторных пожилых пациентов выявлены в 73%, включая додементные расстройства и деменцию (Захаров В.В., 2006). Распространенность психопатологических симптомов у лиц с додементными когнитивными расстройствами составляет 35 - 85% (Monastero R. et al., 2009). Наличие психопатологических симптомов в структуре MCI увеличивает риск деменции (Колыхалов И.В., 2019; Peters M. et al., 2013; Liew T., 2019).

**Степень разработанности темы.** Психопатологические симптомы в пожилом возрасте часто коморбидны с соматическими заболеваниями, факторами риска когнитивного снижения (Савина, М.А. и соавт., 2011). Контроль соматического заболевания может задержать или остановить прогрессирование когнитивного снижения у пожилых людей (Coca A. et al., 2016). Ассоциация неблагоприятного течения с соматическим фактором диктуют необходимость учета приверженности терапии сопутствующих соматических заболеваний (Kivipelto M. et al., 2001). Психопатологические симптомы по-разному влияют на факторы, формирующие медикаментозный комплаенс (Лутова Н. Б., 2012).

\*термин «мягкое когнитивное снижение», используемый в настоящей работе по содержанию идентичен применяемому в международной практике и включенному в классификацию МКБ-10 «легкому» когнитивному снижению (F06.7). Данная терминология поддерживается ведущими отечественными геронтопсихиатрами (С.И.Гаврилова, 2018, Я.Б.Федорова, 2007, И.В.Колыхалов, С.И.Гаврилова, 2019).

Снижение познавательных функций также рассматривается как предиктор низкой приверженности терапии (Austin J. et al., 2017; Brett C.E. et al. 2017; Lima S. et al., 2016, Velligan D.I. et al., 2017).

Актуальность проблемы МСІ определяется его высокой распространенностью у лиц пожилого возраста, неблагоприятным прогнозом в отношении риска конверсии в деменцию. Противоречивы данные о прогностической роли психопатологических симптомов при додементных когнитивных расстройствах, их связи с когнитивной и соматической патологией. Недостаточно данных о комплексных исследованиях медикаментозного комплаенса пациентов пожилого возраста с МСІ, о влиянии комплаенса на течение когнитивного расстройства, о возможности прогнозирования риска некомплаентности, ее ранней превенции и коррекции в рамках комплексной терапии.

**Цель исследования.** На основе сравнительного анализа формирования и развития у лиц пожилого возраста разных вариантов клинико-психопатологической картины синдрома МСІ, сочетающегося с психопатологическими симптомами, разработать алгоритмы диагностики выделенных клинических типов синдрома и психосоциальной коррекции медикаментозного комплаенса.

**Задачи исследования:**

1. Определить основные клинические типы синдрома МСІ у лиц пожилого возраста.
  2. Проанализировать связи основных когнитивных функций и психопатологических компонентов синдрома МСІ .
  3. Выявить зависимости между клиническими типами МСІ, сопутствующими вариантами психопатологических расстройств и динамикой когнитивного дефицита.
  4. Уточнить наиболее негативные прогностические факторы трансформации синдрома МСІ в деменцию.
  5. Определить влияние медикаментозного комплаенса у лиц пожилого возраста на динамику синдрома МСІ и возможные влияния отдельных клинических проявлений данного синдрома на комплаентность пациента.
-

6. На основе представленного алгоритма диагностики различных типов течения синдрома МСІ разработать рекомендации к использованию психосоциальной коррекции фактора медикаментозного комплаенса.

**Научная новизна работы:**

1. Впервые в сравнительном динамическом аспекте изучена синдромальная структура МСІ у лиц пожилого возраста, протекающего с факультативными психопатологическими симптомами и без психопатологических симптомов. Изучено место психопатологических симптомов в общей структуре синдрома МСІ, выделены психопатологические варианты синдрома (аффективный, психотический, поведенческий, возбуждения), их сочетание с когнитивными симптомами. Выявлено, что различные психопатологические варианты синдрома МСІ имеют различный прогноз для когнитивного функционирования и повседневной активности пациентов.

2. Впервые в структурном единстве описаны типы течения МСІ, учитывающие как динамику ведущих компонентов синдрома (когнитивные нарушения и показатели инструментальной повседневной активности пациентов), так и факультативных компонентов синдрома (психопатологических симптомов): благоприятный, средне-прогредиентный, грубо-прогредиентный.

3. Определены внутрисиндромальные взаимосвязи, прогностически неблагоприятные для дальнейшего течения когнитивного расстройства (амнестический тип когнитивного расстройства в сочетании с аффективной либо психотической симптоматикой), способствующие переходу синдрома МСІ в деменцию.

4. Впервые показано значение психопатологических симптомов при МСІ через их связь с медикаментозным комплаенсом, что позволяет рассматривать психопатологический симптом как мишень воздействия для дальнейшего улучшения приверженности терапии лиц с когнитивным расстройством. Показано, что снижение качества комплаенса у лиц с амнестическим и неамнестическим типом когнитивного расстройства коррелирует с неблагоприятным прогнозом.

Выявлено, что выраженность аффективных нарушений, апатии, психотических симптомов коррелирует с низкой комплаентностью пациентов.

5.Выделение медикаментозного комплаенса в самостоятельный фактор, влияющий на течение когнитивного расстройства, позволяет рассмотреть его как самостоятельную мишень терапевтического воздействия с возможностью снижения вероятности перехода МСІ в деменцию.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования:**

1.В результате проведенного комплексного исследования пациентов с синдромом МСІ с психопатологическими симптомами выявлено, что некогнитивные психопатологические нарушения – сложные полифакторные феномены, имеющие различные клинические проявления и неоднородный прогноз как для самого когнитивного расстройства, так и для повседневной функциональной активности пациентов.

2.Выявлено, что синдром МСІ наиболее быстро трансформируется в деменцию у пациентов с психопатологической симптоматикой, сопровождающей амнестический тип мягкого когнитивного снижения.

3.Выявлено, что становление отдельных типов течения синдрома МСІ зависит от комплекса клинических факторов: нейропсихологического типа (амнестического, неамнестического), психопатологического варианта когнитивного расстройства (аффективный, психотический, поведенческий, возбуждения) и от степени комплаентности пациента, что учтено при разработке дифференцированного подхода к оказанию помощи этим больным.

4.Разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм комплексной этапной диагностики и тактики психосоциальной терапии, включающий раннее выявление предикторов неблагоприятного течения синдрома МСІ, воздействие на управляемые факторы этого риска, что предотвращает переход синдрома МСІ в деменцию.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1.Синдромальная структура МСІ многокомпонентна, что обуславливает многообразие как нейропсихологических (амнестический и неамнестический), так

и психопатологических (аффективный, психотический, поведенческий) вариантов данного синдрома. Внутрисиндромальные взаимодействия между когнитивными и психопатологическими симптомами влияют на течение МСІ.

2. Динамика синдрома МСІ определяется особенностями когнитивных, психопатологических нарушений и функциональной повседневной активностью пациентов. Тип течения синдрома МСІ обусловлен скоростью перехода МСІ в деменцию. Наиболее прогностически неблагоприятными для дальнейшего течения когнитивного расстройства является сочетание мнестического типа когнитивного расстройства с аффективной либо психотической симптоматикой и снижением инструментальной повседневной активности больных.

3. Структура и выраженность медикаментозного комплаенса у пожилых пациентов с МСІ различается при разных клинических вариантах синдрома. Выраженность аффективных нарушений, апатии, психотических симптомов коррелирует с низкой комплаентностью пациентов. Снижение качества медикаментозного комплаенса у лиц с амнестическим и неамнестическим типами когнитивного расстройства коррелирует с неблагоприятным прогнозом.

4. Комплексная этапная диагностика типов течения синдрома МСІ и тактика психосоциальной коррекции фактора медикаментозного комплаенса, включающая раннее выявление предикторов неблагоприятного течения предотвращают переход синдрома МСІ в деменцию.

**Степень достоверности проведенного исследования.** Достоверность результатов исследования основана на достаточном объеме выборок пациентов, изучении репрезентативного клинического материала, осуществленного автором. Обзор литературы основан на анализе отечественных и зарубежных публикаций по теме исследования с использованием научных баз данных MEDLINE, PubMed, eLIBRARY и других. Результаты получены с использованием клинического, клинико-психопатологического, психометрического методов исследования пациентов с МСІ, что с учетом достаточного объема и репрезентативности выборки, адекватных методов математической статистики обеспечивает достоверность и обоснованность выводов исследования.

---

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 276 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 5 глав собственных исследований, заключения, выводов, списка литературы, 3 приложений. Иллюстрирована 61 таблицей, 39 рисунками. Список литературы включает 439 источника: 192 отечественных и 247 зарубежных публикаций.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Результаты исследования доложены на научно-практических конференциях: Юбилейная научно – практическая конференция с международным участием, посвященная 35-летию НИИ ПЗ и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ (Томск, 2016); Всероссийская конференция психиатров «ПСИХИАТРИЯ – ЛЮБОВЬ МОЯ!» (Ростов-на-Дону, 2016); Всероссийская научно- практическая конференция с международным участием, посвященная 160-летию со дня рождения В.М.Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского НИИ ПНИ им. В.М. Бехтерева, (Санкт-Петербург, 2017); Международный конгресс «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование грани исследуемого» (Санкт-Петербург, 2017); Актуальные вопросы фундаментальной и клинической медицины (Томск, 2018); Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием (Санкт-Петербург, 2018); IX Croatian Congress on Psychopharmacotherapy (Virtual Congres, 2021); XVII Съезд психиатров России (Санкт-Петербург, 2021); XXIII Конгресс с международным участием Давиденковские чтения (Санкт-Петербург, 2021); XXVI Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни» (Москва, 2021); Всероссийский Конгресс с международным участием «Психоневрология: Век XIX - Век XXI», посвященный 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.М.Бехтерева» Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М.Бехтерева.

Основные результаты диссертационного исследования в форме учебно-методического пособия, патента внедрены и используются в рутинной практической деятельности геронтологического кабинета Свердловской областной клинической психиатрической больницы. Полученные автором данные

используются в циклах тематического усовершенствования по специальности «Психиатрия» на кафедре психиатрии, психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, в том числе в 7 российских журналах, вошедших в перечень ведущих российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией. Подготовлен и зарегистрирован патент на промышленный образец. Опубликованы методические рекомендации, учебно-методическое пособие.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Проведено сравнительное динамическое наблюдательное исследование 264 лиц с МСИ. Участники исследования - пациенты геронтопсихиатрического кабинета Свердловской областной клинической психиатрической больницы и поликлинического приема ЦГКБ № 6 г.Екатеринбурга.

Критерии включения в исследование: пожилой возраст 60-75 лет; диагноз «Мягкое когнитивное снижение» в соответствии с операциональными критериями МСИ (Golomb J. et al., 2001, 2004). Критерии невключения в исследование: диагноз деменции; иные психические расстройства, помимо когнитивных в анамнезе; декомпенсация сопутствующих расстройств не менее 0,5 месяца до включения в исследование. Основная группа: 189 пациентов с МСИ и психопатологическими симптомами, группа сравнения: 75 пациентов с МСИ без психопатологических симптомов. Катамнестические оценки проведены через 12 и 24 месяца.

Применены клинический, клинико–психопатологический, психометрический, статистический методы. Инструмент исследования «Карта стандартизированного описания лица с когнитивным расстройством» содержит социально – демографические сведения о пациенте, отражает структуру, динамику, терапию когнитивных и некогнитивных психопатологических расстройств. Оценки проведены посредством применения «Краткой шкалы оценки психического статуса» (Mini – Mental State Examination, MMSE), «Монреальской шкалы оценки когнитивных функций» (Montreal Cognitive Assessment, MoCa), «Теста 12-ти

слов», «Батареи лобной оценки» (Frontal Assessment Battery, FAB), «Нейропсихологического опросника» (Neuropsychiatric Inventory, NPI) (J.L. Cummings, 1997). «Шкалы оценки инструментальной деятельности в повседневной жизни» (Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL). опросника «Уровень комплаенса» (Кадыров Р.В. и соавт., 2014), опросника «Уровень комплаенса» (шкала Мориски – Грина) (4-item Morisky Medication Adherence Scale – MMAS-4). Расчет статистических данных осуществлен с помощью статистической программы Statistica 7 for Windows. Рисунки выполнены с помощью «Microsoft Excel», «Microsoft Word».

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследуемые группы сопоставимы по социально – демографическим характеристикам, степени выраженности когнитивного дефицита, коморбидной соматической патологии, неврологическому анамнезу, наследственной отягощенности, терапии до включения в исследование ( $p > 0,05$ ). Медиана возраста в основной группе 69,0 (62,50÷73,00) лет, в группе сравнения - 68,0 (61,00÷72,00) лет ( $p = 0,485$ ). В основной группе женщин 84,1%, в группе сравнения 81,3% ( $p = 0,586$ ). Медиана итогового балла по шкале MMSE в основной группе 26,000(26,000÷27,000), в группе сравнения 26,000(26,000÷27,000) ( $p = 0,623$ ). Суммарный итоговый балл по шкале MoCa в основной группе 21,000(21,000÷22,000), в группе сравнения 21,000(21,000÷22,000) ( $p = 0,180$ ). Группы исследования сопоставимы по возрасту начала когнитивного расстройства, темпу дебюта ( $p = 0,842$ ).

Амнестический тип МСІ выявлен в 23,3% в основной группе, в 32,0% в группе сравнения. Неамнестический тип МСІ обнаружен в основной и группе сравнения в 76,7% и в 68,0% соответственно. Из психопатологических симптомов в основной группе наиболее часто встречаемыми оказались расстройства сна и поведения в ночное время (50,3%), тревога (47,1%), депрессия/дисфория (40,7%).

---

**Таблица 1. Показатели когнитивных функций при различных психопатологических подтипах МСИ и в группе сравнения (исходная оценка) (Медиана)**

Когнитивный показатель	Психопатологические подгруппы				Группа сравнения
	Аффективный	Психотический	Возбуждения	Поведенческий	
MMSE (суммарный балл)	26,000 (26,000÷ 27,000)	26,000 (26,000÷ 27,000)	26,000 (26,000÷ 27,000)	26,000 (25,250÷ 26,000)	26,000 (26,000÷ 27,000).
MoCa (суммарный балл)	21,000 (20,000÷ 22,000)	22,000 (21,000÷ 23,000)	21,000 (21,000÷ 22,000)	21,000 (19,500÷ 21,750)	21,000 (21,000÷ 22,000)
Кратковременная память и непосредственное вспоминание	4,000 (4,000÷ 4,000)	4,000 (4,000÷ 4,000)	4,000 (4,000÷ 4,000)	4,000 (4,000÷ 4,000)	4,000 (4,000÷ 4,000)
Кратковременная память и вспоминание, отставл. на 5 мин.	3,000 (2,000÷ 3,000)	1,000 (0,000÷ 3,000)*	3,000 (3,000÷ 3,000)	3,000 (2,000÷ 3,000)	3,000 (1,000÷ 3,000)
Пространственно-зрительные функции	2,000 (1,000÷ 2,000)	1,000 (1,000÷ 2,000)*	2,000 (1,000÷ 2,000)	2,000 (1,000÷ 2,000)	2,000 (1,000÷ 2,000)
Исполнительские функции	0,750 (0,000÷ 1,000)*	2,000 (1,000÷ 2,000)	1,000 (0,000÷ 1,000)	1,000 (1,000÷ 1,000)	1,000 (0,000÷ 2,000)
Внимание, концентрация и рабочая память	0,000 (0,000÷ 1,000)*	1,000 (0,000÷ 2,000)	0,000 (0,000÷ 0,000)*	0,000 (0,000÷ 0,000)*	0,000 (0,000÷ 2,000)
Речевые функции	5,000 (4,000÷ 5,000)	4,000 (4,000÷ 5,000)*	5,000 (5,000÷ 5,000)	5,000 (5,000÷ 5,000)	5,000 (4,000÷ 5,000)
Абстрактное мышление	1,000 (1,000÷ 2,000)	2,000 (1,000÷ 2,000)	1,000 (1,000÷ 2,000)*	1,000 (0,250÷ 1,750)*	2,000 (1,000÷ 2,000)
Ориентировка во времени, пространстве	6,000 (5,000÷ 6,000)	6,000 (5,000÷ 6,000)	5,000 (5,000÷ 6,000)	5,000 (5,000÷ 5,750)	6,000 (5,000÷ 6,000)

\* $p < 0,05$

У пациентов с психотическими симптомами ниже, чем в других подгруппах результаты показатели пространственно-зрительных способностей, речевых проб, объем воспроизводимой после интерференции информации, больше дополнительных «вспоминаний» ( $p < 0,05$ ). У пациентов с аффективной симптоматикой низкие показатели исполнительских функций, фонематической беглости, способности к вербальной категоризации ( $p < 0,05$ ). Показатели внимания, объема рабочей памяти ниже у пациентов с доминирующими симптомами возбуждения, поведенческими и аффективными нарушениями, чем в группе сравнения и у лиц с психотическими симптомами ( $p < 0,05$ ) (Таб.1).

Через 12 мес. обследовано 169 участников основной группы (36 чел. – амнестический тип МСІ, 133 чел.– неамнестический тип МСІ) и 70 участников группы сравнения (23 чел.- амнестический тип МСІ, 47 чел. – неамнестический тип МСІ). В оценке через 24 мес. участвовало 157 участников основной группы (33 чел. - амнестический тип МСІ, 124 чел.-неамнестический тип МСІ) и 60 участников группы сравнения (21 чел.- амнестический тип МСІ, 39 чел.- неамнестический тип МСІ). Постепенное, но значимое снижение когнитивных функций обнаружено в группах исследования ( $p<0,05$ ) (Таб. 2).

**Таблица 2. Показатели когнитивных функций (суммарный балл MMSE, суммарный балл MoCa) участников исследования в динамике (медиана, Wilcoxon Signed Ranks Test).**

Группы исследования	Суммарный балл шкалы MMSE			Суммарный балл шкалы MoCa		
	Исходная оценка	Через 12 месяцев	Через 24 месяца	Исходная оценка	Через 12 месяцев	Через 24 месяца
Основная	26,000 (26,000÷ 27,000)	25,000 (24,000÷ 26,000)	23,000 (22,000÷ 24,000)	21,000 (21,000÷ 22,000)	21,000 (19,000÷ 21,000)	18,000 (16,500÷ 19,000)
P(Wilcoxon Test)	0,000		0,000	0,000		0,000
Сравнения	26,000 (26,000÷ 27,000)	26,000 (25,000÷ 26,000)	25,000 (24,000÷26,00 0)	21,000 (21,000÷ 22,000)	21,000 (19,000÷ 22,000)	21,000 (18,000÷ 21,000)
P(Wilcoxon Test)	0,000		0,000		0,000	0,000

Пациенты с психопатологическими симптомами хуже справлялись с заданиями на оценку речевых, исполнительских функции, внимания, оперативной памяти, абстрактного мышления, чаще дезориентированы, объем отставленного воспроизведения у них ниже аналогичных показателей в группе сравнения. При оценке выполнения субтестов шкалы MoCa через 24 мес.от первоначального обследования выявлено больше различий между группами, чем при первичной оценке и оценке через 12 мес. (Таб. 3). Через 12 и 24 месяца в основной группе при амнестическом типе МСІ суммарные баллы MMSE и MoCa снижались быстрее, чем у лиц с неамнестическим типом МСІ этой же группы ( $p<0,05$ ). В основной группе при амнестическом типе МСІ через 12 мес. хуже значения отсроченного воспроизведения, пространственно-зрительные функций, внимания, оперативной памяти, речи, ориентировки во времени ( $p<0,05$ ), чем в группе сравнения. В основной группе при неамнестическом типе МСІ чаще затруднения в тестах пространственно-зрительных и речевых функций, чем в группе сравнения

( $p < 0,05$ ). Показатели отсроченного воспроизведения, зрительно-оптических, исполнительских, речевых функций, внимания, ориентировки у пациентов основной группы через 24 мес. ниже, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

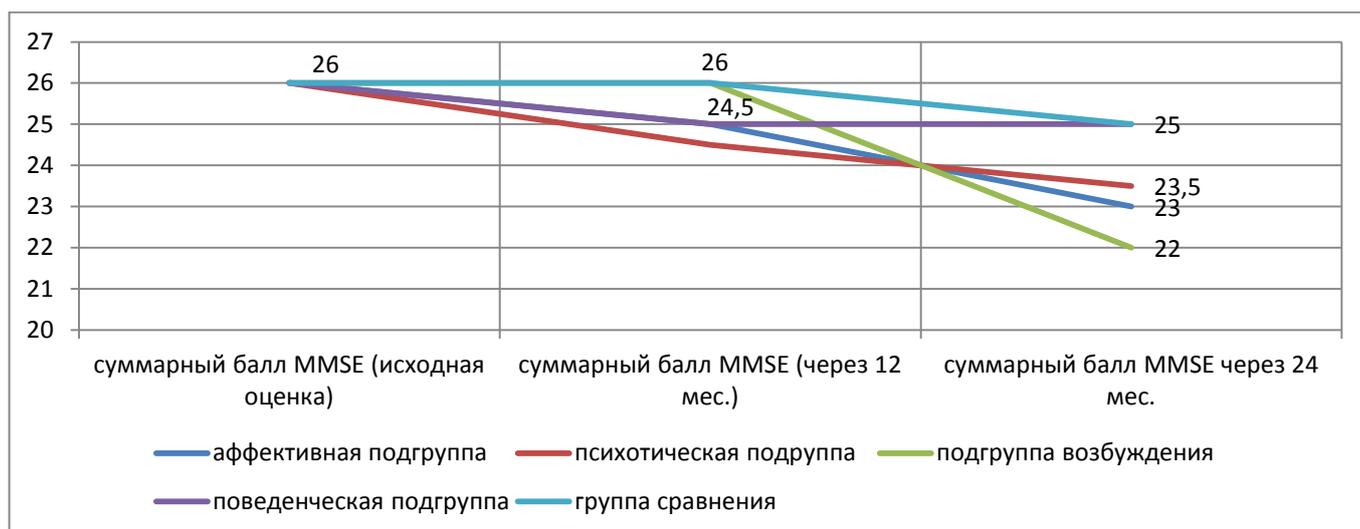
**Таблица 3. Показатели субтестов шкалы МоСа в группах исследования при повторной оценке через 12 и 24 месяца (Медианы значений, Mann-Whitney Test).**

Наименование субтеста	Повторная оценка через 12 месяцев			Повторная оценка через 24 месяца		
	Группы исследований		P	Группы исследований		P
	Основная	Сравнения		Основная	Сравнения	
Кратковременная память и непосредственное воспоминание	4,000 (4,000÷4,000)	4,000 (4,000÷4,000)		4,000 (4,000÷4,000)	4,000 (4,000÷4,000)	
Кратковременная память и воспоминание, отставленное на 5 мин.	2,250 (0,000÷3,000)	3,000 (2,000÷3,000)	0,456	2,250 (0,000÷3,000)	3,000 (0,000÷3,000)	0,062
Пространственно-зрительные функции	2,000 (1,000÷2,000)	2,000 (1,000÷2,000)	0,051	2,000 (1,000÷2,000)	2,000 (1,000÷2,000)	0,443
Исполнительские функции	1,000 (0,000÷1,000)	1,000 (0,000÷2,000)	0,671	0,000 (0,000÷1,000)	1,000 (0,000÷2,000)	0,635
Внимание, концентрация и рабочая память	0,000 (0,000÷0,000)	0,000 (0,000÷2,000)	0,246	0,000 (0,000÷,000)	0,000 (0,000÷2,000)	0,004
Речевые функции	5,000 (4,000÷5,000)	5,000 (5,000÷5,000)	0,116	4,000 (4,000÷5,000)	5,000 (3,250÷5,000)	0,074
Абстрактное мышление	1,000 (1,000÷2,000)	1,000 (1,000÷2,000)	0,008	0,000 (0,000÷1,000)	1,000 (1,000÷2,000)	0,346
Ориентировка во времени, пространстве	5,000 (4,000÷6,000)	5,000 (5,000÷6,000)	0,288	4,000 (4,000÷5,000)	5,000 (5,000÷6,000)	0,001
Всего	169	70		157	60	

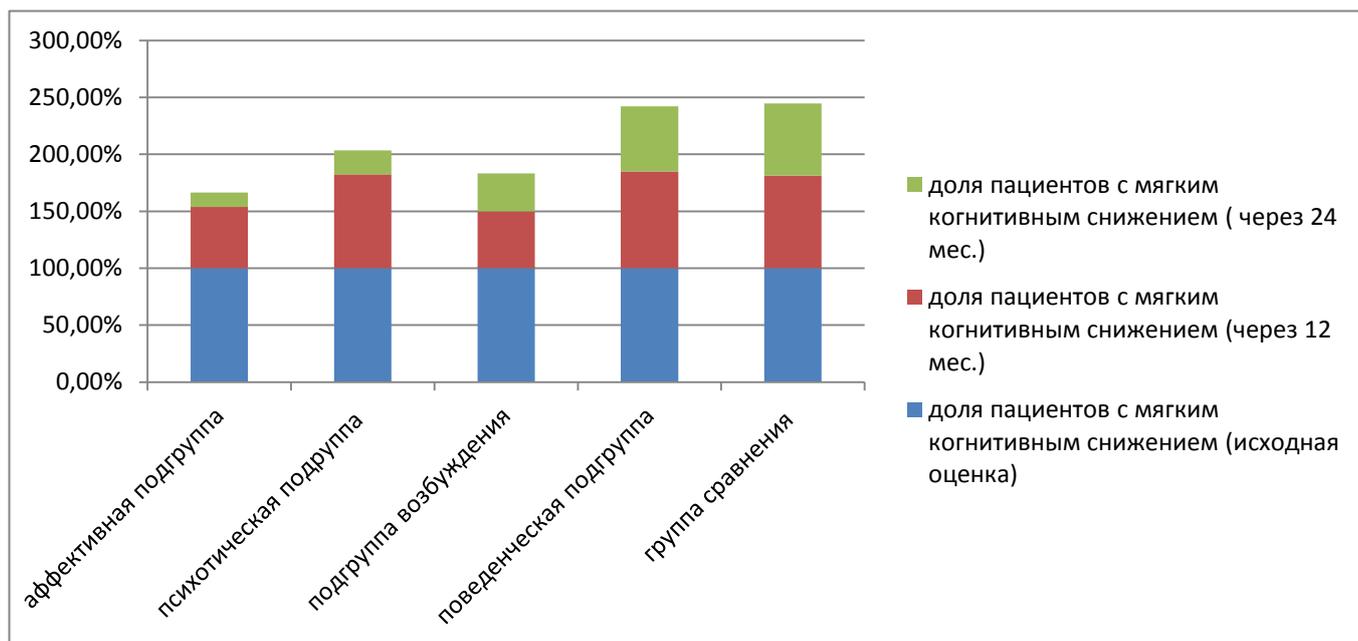
Через 12 и 24 мес. у пациентов с преобладанием аффективных симптомов суммарные баллы когнитивных шкал ниже, чем в других подгруппах и в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Отставленное воспроизведение вербального ряда ниже у пациентов с аффективной и психотической симптоматикой ( $p < 0,05$ ). Дефицит пространственно-зрительных, речевых функций статистически значим в психотической подгруппе в сравнении с иными подгруппами основной группы и группой сравнения. У представителей аффективной подгруппы более грубые нарушения исполнительских функций, хуже показатели внимания, речи и оперативной памяти ( $p < 0,05$ ). Значимое ухудшение ретенции, отставленного воспроизведения кратковременной памяти в аффективной, психотической подгруппах ( $p < 0,05$ ). Через 24 месяца пациенты психотической подгруппы

лидировали по темпу снижения пространственного гнозиса, оперативной памяти, речевым нарушения (p<0,05). Пациенты аффективной подгруппы опережали другие подгруппы по снижению суммарных баллов MMSE и MoCA, исполнительских функций, концентрации внимания, абстрактного мышления (p<0,05) (Рис.1).

**Рисунок 1. Динамика показателей MMSE в психопатологических подгруппах.**



Выявлены различные сценарии течения синдрома МСІ в психопатологических подгруппах основной группы исследования и в группе сравнения (Рис.2). Через 12 мес. число пациентов с МСІ снизилось в группах исследования. Через 24 мес. выявлено дальнейшее снижение когнитивных показателей в исследуемых группах вплоть до деменции.

**Рисунок 2. Доля пациентов с МСИ в динамике.**

Суммарные показатели IADL у пациентов основной группы при первичной и при повторных оценках ниже, чем у участников группы сравнения ( $p < 0,005$ ) (Таб.4).

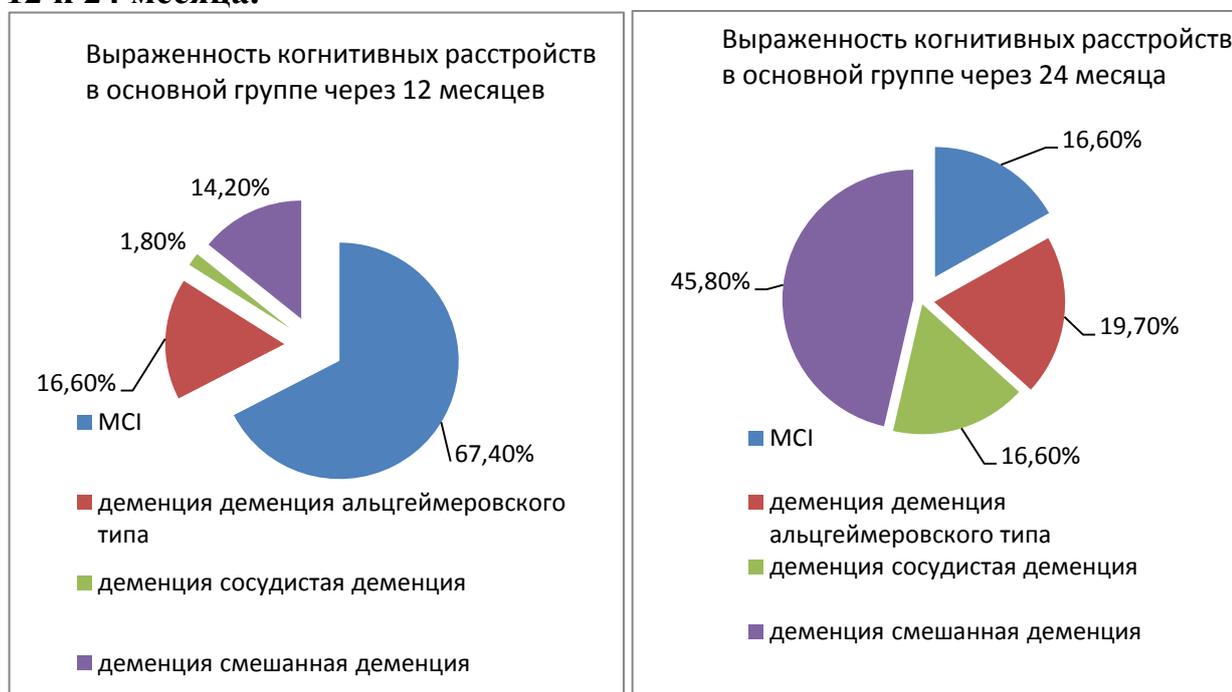
**Таблица 4. Оценка инструментальной деятельности участников исследования в динамике (Медиана, Mann-WhitneyTest, Wilcoxon Signed Ranks Test).**

Показатель	Группы исследования		P Mann-WhitneyTest
	Основная	Сравнения	
Суммарный балл IADL (исходная оценка)	13,000 (13,000÷16,000)	16,000 (14,750÷16,000)	0,000
Суммарный балл IADL (повторная оценка через 12 мес.)	13,000 (11,000÷14,000)	15,500 (13,000÷16,000)	0,000
Суммарный балл IADL(повт. оценка через 24 мес.)	11,000 (9,000÷13,000)	15,000 (13,000÷16,000)	0,000
P (Wilcoxon Signed Ranks Test) (исх.оценка-через 12 мес./исх. оценка через 24 мес.)	0,000/0,000	0,000/0,000	

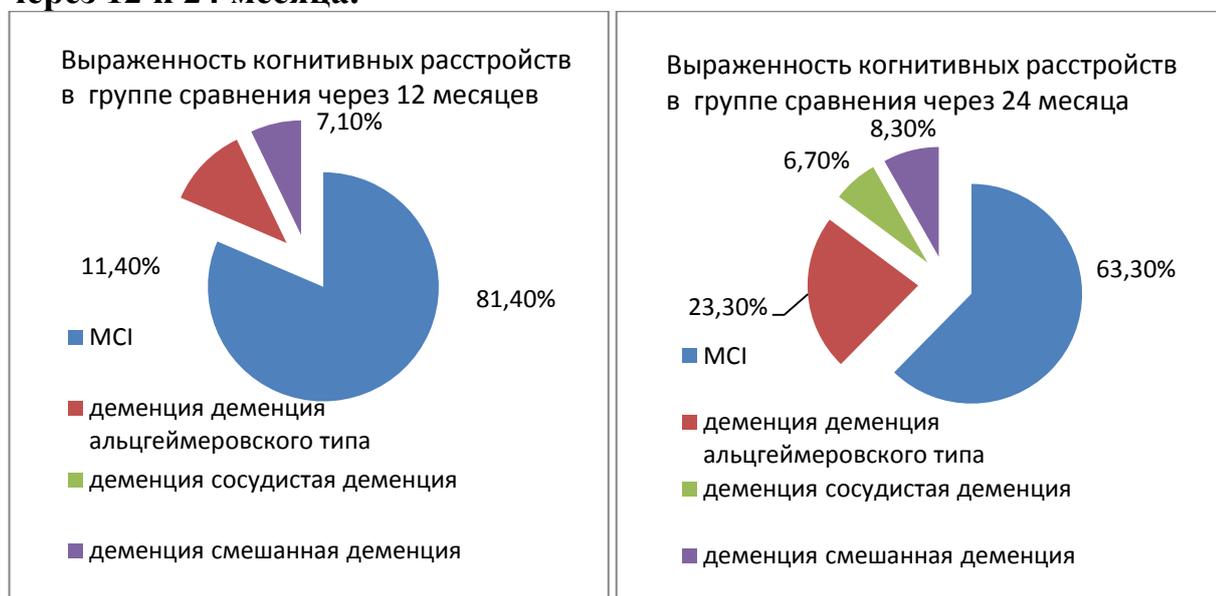
Показатели инструментальной деятельности в динамике неуклонно снижаются при амнестическом и неамнестическом типах МСИ. Показатели IADL снижены у лиц с некогнитивными симптомами в структуре МСИ при первичной и повторных оценках ( $p < 0,005$ ). Пациенты аффективной, психотической подгрупп хуже, чем другие участники исследования, справляются с повседневной инструментальной деятельностью. Опережающая отрицательная динамика отмечена в аффективной подгруппе ( $p < 0,05$ ).

За одно – и двухлетний периоды наблюдения синдром МСІ трансформировался в деменцию чаще в основной группе (Рис.3,4).

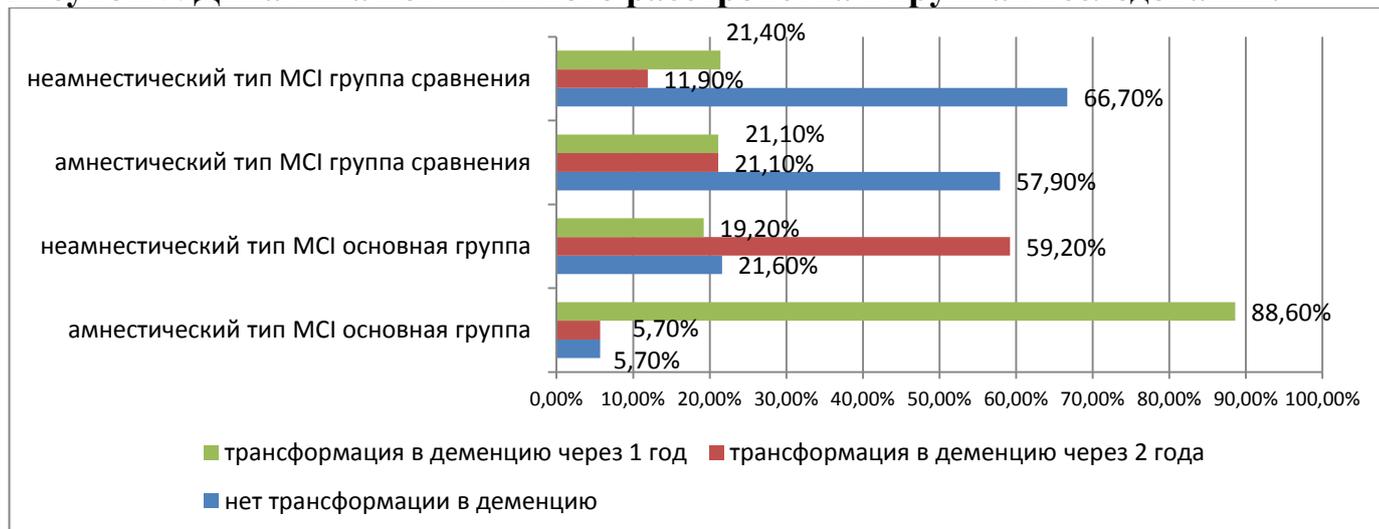
**Рисунок 3. Выраженность когнитивных расстройств в основной группе через 12 и 24 месяца.**



**Рисунок 4. Выраженность когнитивных расстройств в группе сравнения через 12 и 24 месяца.**



Частота встречаемости случаев относительно благоприятного течения достоверно ниже как в основной группе, так и в ее амнестической и неамнестической подгруппах ( $p=0,000$ ). Трансформация МСІ в деменцию через 1 год достоверно чаще встречалась в амнестической подгруппе, чем в неамнестической подгруппе основной группы ( $p<0,05$ ) (Рис.5).

**Рисунок 5. Динамика когнитивного расстройства в группах исследования.**

$p=0,000$

Наихудшие показатели по отрицательной когнитивной динамике выявлены в аффективной подгруппе ( $p<0,05$ ) (Таб.5).

**Таблица 5. Типы течения когнитивного расстройства в психопатологических подгруппах.**

Подгруппы исследования	Типы течения когнитивного расстройства						Всего	
	Трансформация в деменцию через 1 год		Трансформация в деменцию через 2 года		Нет трансформации в деменцию			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Аффективная	41	46,1	37	41,6	11	12,3	89	100
Психотическая	10	17,5	35	61,4	12	21,0	57	100
Возбуждения	3	50,0	1	16,7	2	33,3	6	100
Поведенческая	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	4,4
Группа сравнения	13	21,7	22	36,7	25	41,7	60	100

$p<0,05$

Наиболее тесные статистические связи определены между отрицательной динамикой МСІ и ажитацией, депрессией, тревогой, нарушениями аппетита и пищевого поведения. При амнестическом типе отрицательная динамика МСІ корреляционно связана с бредом, нарушением сна и ночного поведения. При неамнестическом типе корреляционная связь между отрицательной динамикой МСІ и симптомами тревоги, ажитации, депрессии.

Определены уровни общей, социальной, эмоциональной, поведенческой комплаентности участников исследования. Наиболее низкие показатели социальной, поведенческой, эмоциональной комплаентностей в аффективной

подгруппе ( $p < 0,05$ ). У пациентов психотической подгруппы значимое снижение по параметру социальной комплаентности ( $p < 0,05$ ) (Таб. 6).

**Таблица 6. Выраженность социальной, поведенческой и эмоциональной комплаентности в психопатологических подгруппах основной групп и в группе сравнения (Медиана, Mann-Whitney Test).**

Комплаентность	Психопатологическая подгруппа основной группы				Группа сравнения
	Аффективная	Психотическая	Возбуждения	Поведенческая	
Социальная	10,000(6,000 ÷18,000) *	12,000(9,000 ÷15,000) *	15,000(15,000 ÷40,000)	27,500(23,000 ÷33,750)	18,000(10,000 ÷25,000)
Поведенческая	15,000(9,000 ÷17,000) *	15,000(15,000 ÷26,000)	15,000(15,000 ÷40,000)	32,000(26,500 ÷35,000) *	18,000 (7,000 ÷30,000)
Эмоциональная	10,000(8,000 ÷20,000) *	12,000(9,000 ÷14,000)	14,000(12,000 ÷15,000)	12,000(11,250 ÷14,000)	12,000(10,000 ÷14,000)
Всего	99	73	7	8	75

\* $p < 0,05$

Суммарные показатели по социальной и поведенческой комплаентностям выше у лиц с благоприятным типом течения когнитивного расстройства ( $p < 0,05$ ) (Таб. 7).

У пациентов с трансформацией МСІ в деменцию через 12 мес. и трансформацией МСІ в деменцию через 24 мес. низкий уровень социальной, поведенческой, эмоциональной комплаентности ( $p < 0,05$ ). К концу второго года наблюдения пациенты с высоким комплаенсом имеют выше балл когнитивных шкал ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения отрицательная динамика когнитивных показателей более очевидная у пациентов с низким уровнем комплаенса ( $p < 0,05$ ).

Выявлены корреляционные связи между выраженностью комплаенса и суммарным баллом MMSE при оценке через 12 мес. ( $r=0,375, p=0,000$ ) и 24 мес. ( $r=0,433, p=0,000$ ); корреляционные связи между суммарным баллом MoCa при оценке через 12 мес. ( $r=0,380, p=0,001$ ) и через 24 мес. ( $r=0,0401, p=0,000$ ).

Применение регрессионного анализа выявило влияние независимых переменных (нейропсихологический тип МСІ, наличие/отсутствие психопатологических симптомов, комплаенс) на зависимую переменную (тип динамики МСІ). Наличие психопатологических симптомов, амнестический тип синдрома МСІ и средний или низкий уровень комплаентности увеличивает вероятность попадания в «крайне неблагоприятную динамику». В рамках реализации программы помощи пожилым гражданам «Здоровое долголетие» Министерства здравоохранения Свердловской области апробирован алгоритм определения типа течения МСІ.

## ВЫВОДЫ

1. Синдром мягкого когнитивного снижения в пожилом возрасте клинически проявляется амнестическим и/или дисрегуляторным (неамнестическим) типами и нарушениями функциональной повседневной активности, а в качестве факультативных компонентов могут выступать психопатологические нарушения: аффективные, психотические, поведенческие.

2. Показатели таких когнитивных функций, как речь, внимание, память, исполнительские функции, оказываются наиболее сниженными ( $p < 0,05$ ) в случаях их сочетания с психопатологическими симптомами, а суммарные показатели когнитивных шкал и исполнительских функций наиболее снижены ( $p < 0,05$ ) при наличии аффективных психопатологических расстройств, параметры памяти, зрительно-пространственных функций - при психотических.

3. Выявленные типы синдрома мягкого когнитивного снижения и присутствующие психопатологические характеристики определяют общую интенсивность когнитивного ухудшения в динамике. При амнестическом типе синдрома быстрее ухудшаются функции отсроченного воспроизведения ( $p = 0,002$ ), зрительно-оптические функции ( $p = 0,001$ ) и снижение инструментальной повседневной активности ( $p < 0,05$ ), при неамнестическом типе с психопатологическими симптомами - показатели исполнительских функций ( $p < 0,05$ ).

4. Аффективный и психотический варианты психопатологических расстройств определяют высокую скорость ( $p < 0,05$ ) общего когнитивного снижения, но присутствие аффективных нарушений ухудшает показатели отсроченного воспроизведения, зрительно-пространственных и речевых функций и инструментальной повседневной активности ( $p < 0,05$ ), а психотические эпизоды - показатели кратковременной памяти, аллопсихической ориентировки и исполнительской функции ( $p < 0,05$ ) при относительно сохранных внимании, оперативной памяти, абстрактного мышления.

5. Выявлен наиболее высокий темп трансформации синдрома мягкого когнитивного снижения в деменцию у лиц с психопатологической симптоматикой ( $p = 0,000$ ), сопровождающей амнестический тип мягкого когнитивного снижения

( $p < 0,05$ ): через 1 год наблюдения у пациентов с психопатологическими расстройствами деменция сформировалась в 32,5% случаев, без психопатологических расстройств – в 18,6%, через 2 года – соответственно в 54,2 и 36,7%. Особое значение имеет аффективная симптоматика, расстройства восприятия, нарушения аппетита и пищевого поведения ( $p < 0,05$ ), при неамнестическом типе - симптомы тревоги, ажитации, депрессии ( $p < 0,05$ ).

6. Уровень комплаентности в значительной степени связан с динамикой когнитивных показателей, которая оказывается в целом наиболее негативной ( $p < 0,01$ ) при низкой степени приверженности к лечению, особенно среди пациентов с неамнестическим типом мягкого когнитивного снижения при относительно благополучии лиц с амнестическим типом патологии. У лиц с выраженными аффективными симптомами уровень комплаентности наиболее низок ( $p < 0,001$ ), а при отсутствии психопатологических расстройств высокая степень комплаентности прямо коррелирует ( $p < 0,001$ ) с сохранностью способности к инструментальной деятельности.

7. Совокупность таких факторов, как наличие психопатологической симптоматики, амнестический тип синдрома мягкого когнитивного снижения, низкая комплаентность, оказывает более значимое влияние на динамику синдрома мягкого когнитивного снижения, чем изолированные факторы, а включение в предлагаемую схему терапии комбинированного воздействия (ПФТ+комплаент-терапия) способствует сохранению благоприятной динамики патологического процесса.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Сердюк, О.В. Социометрическое исследование идентификации когнитивных расстройств в популяции г. Екатеринбурга/ А.П. Сиденкова // В сб.: Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 35-летию НИИ ПЗ и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 1 ноября 2016 г.). Томск: НИИ ПЗ СО РАМН. С.169-170.

---

**2.Сердюк, О. В. Психические расстройства позднего возраста: социально-демографические и эпидемиологические корреляции / А.П.Сиденкова// Уральский медицинский журнал. - 2016. - №8.- С.5-9.**

3.Сердюк, О.В. Организация межведомственной медико-социальной помощи пожилым горожанам с когнитивными расстройствами в крупном промышленном центре Свердловской области // В сб.: Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 35-летию НИИ ПЗ и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 1 ноября 2016 г.). Томск: НИИ ПЗ СО РАМН. С. 167-168.

4.Сердюк, О.В. Модель организации геронтопсихиатрической помощи в современном промышленном городе / А. П. Сиденкова // Актуальные вопросы клинической психиатрии и наркологии. Сборник трудов Всероссийской конференции психиатров «Психиатрия – любовь моя!», посвященной памяти профессора А.О. Бухановского. – Ростов-на-Дону. Изд-во ООО «ЛРНЦ «ФЕНИКС», 2016. С.568-570.

5.Serdyuk, O. The experience of organizing specialized gerontological help to patients with cognitive disorders in Sverdlovsk Region / A. Sidenkova // Материалы Международного конгресса «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование грани исследуемого» (Санкт-Петербург, 17–18 марта 2017). СПб.: Альта Астра, 2017. -С..163-164.

**6.Сердюк, О. В. Гендерные аспекты распространенности поздних психозов и деменций/ А. П. Сиденкова А.П. // Уральский медицинский журнал.- 2017. - № 08. - С.9-13.**

7.Serdyuk, O. Dementia as a factor of family desadaptation / A. Sidenkova // Материалы Международного конгресса «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование грани исследуемого» (Санкт-Петербург, 17–18 марта 2017). СПб.: Альта Астра, 2017. -С.102-105.

8.Сердюк, О. В. Анализ 20-летней динамики показателей обращаемости за геронтопсихиатрической помощью в Свердловской области / А. П. Сиденкова //

Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения В.М.Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского НИПН ин-та им. В.М. Бехтерева. – [Эл.изд-е]. – СПб.: Альта Астра, 2017. С.79-80.

9.Сердюк, О. В. Проблема распознавания (идентификации) когнитивных расстройств в общей популяции / А.П. Сиденкова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения В. М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского НИПН ин-та им. В.М. Бехтерева. – [Эл.изд-е]. – СПб.: Альта Астра, 2017. С.255-256.

10.Сердюк, О.В. Медико-социальные детерминанты госпитализаций лиц с тяжелыми когнитивными расстройствами (деменциями) в психиатрические учреждения / И. М. Языкова, А. П. Сиденкова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения В.М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского НИПН ин-та им. В.М. Бехтерева. – [Эл.изд.-е]. – СПб.: Альта Астра, 2017. С.258-261.

11.Сердюк, О.В. Эпидемиологическая оценка психических расстройств позднего возраста // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сб. науч. трудов.– Саратов: Изд-во СГМУ. - 2017. – 382 с. – Вып. 15.- С.229-236.

12.Схема комплексной оценки когнитивных, психопатологических профилей и функциональной активности лиц старших возрастных групп / Сиденкова А.П., Соколова И.В., Языкова И.М., Лейдерман М.В., Сердюк О.В., Жмудь М.В.// Патент на промышленный образец № 101888: (25.01.2017)

13.Сердюк, О.В. Изменения познавательных функций при старении (познавательные функции в позднем онтогенезе) / А. П.Сиденкова, О. В. Галлиулина, Е. С. Набойченко, Е. Р. Тумасова, С. С. Чалый, В. В. Ямпольская, Р. В. Соловьев, А. В. Резайкин // Уральский медицинский журнал. – 2018. - №12. – С.17-22.

---

14. Комплексная клинико-функциональная оценка деменции. Учебно-методическое пособие/ Сиденкова А.П., Языкова И.М., Фирстова В.В., Сердюк О.В., Галиулина О.В., Вострокнутова О.О., Лейдерман М.В.// Екатеринбург. Изд. дом «Ажур». 2018. с.48.
15. Сердюк, О.В. Психическое здоровье пожилых горожан крупного промышленного центра (клинико-эпидемиологическая оценка) / О. О. Вострокнутова, А. П. Сиденкова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора Р. Я. Вовина (90-летию со дня рождения), 17-18 мая 2018 г., Санкт-Петербург. / Под ред. Н.Г. Незнанова, М.В. Иванова, Г.Э. Мазо, Л.В. Липатовой, Н.В. Семенович, К.В. Рыбаковой. [Эл.изд-е]. – СПб.: Альта Астра, 2018. С.177-179.
16. Seryuk, O. Age-related changes of cognitive functions of medical workers/ A. Sidenkova, V. Litvinenko, A. Rezaikin // *Psychiatria Danubina*. - 2019. - Vol. 31. P.700.
17. Сердюк, О.В. Теоретические аспекты проблемы комплаенса/ А. П. Сиденкова, Н. В. Изможерова, И. В. Коврижных, А. М. Сайфуллина, Э. Р. Гарифуллина // *Уральский медицинский журнал*. - 2019. - №14. - С.5-12.
18. Сердюк, О.В. Когнитивный резерв и образование в зрелом и пожилом возрастах / А. П. Сиденкова, В. В. Литвиненко, И. А. Кулакова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2019. № 4. С. 45–44.
19. Сердюк, О. В. Перспективные терапевтические подходы к когнитивным расстройствам: литературный обзор / В. С. Мякотных, М. В. Анохина, А. П. Сиденкова, А. А. Мельник // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2020. - №. 4. С. 59–67
20. Сердюк, О. В. Клинико-динамические особенности и прогностическое значение психопатологических симптомов при синдроме мягкого когнитивного снижения / А. П. Сиденкова, Д. А. Хилюк // *Психиатрия*. – 2021. - Том 19. - № 2. - С.17-29.
-