

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ:

есть ли взаимосвязь?

Коррекция эстетических недостатков может быть существенно затруднена, а порой и вовсе невозможна при наличии у пациента тех или иных когнитивных расстройств. Как определить их присутствие? Какие исследования следует провести? И существуют ли способы профилактики когнитивных расстройств?



КИРИЛЛ ПРОЩАЕВ, Д.М.Н.,
профессор, Научно-исследовательский медицинский
центр «Геронтология»
Москва

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Когнитивные расстройства встречаются у 20–40% пациентов клиник эстетической медицины. Они могут быть либо следствием, либо причиной различных состояний, с которыми сталкивается врач-косметолог в своей повседневной практике. В частности, когнитивные расстройства могут быть:

- 1) синдромами, являющимися проявлением соматических и неврологических заболеваний, которые одновременно сопровождаются и эстетическими проблемами (например, при гипотиреозе, анемиях);
- 2) синдромами, являющимися проявлением преждевременного старения;
- 3) состояниями, ассоциированными с синдромом хронического информационного истощения (squeezed-синдромом);
- 4) синдромами, ассоциированными с такими проблемами, как дисморфомания, дисморфофобия, нервная орторексия и др.;
- 5) причинами эстетических и сопутствующих им психологических проблем (например, синдрома дефицита гигиени-

ческого ухода, неудовлетворенности результатами процедур, депрессивно-подобных состояний).

Выявление когнитивных расстройств и ассоциированных с ними проблем в практике врача эстетической медицины позволяет улучшать качество антивозрастных услуг в целом, оптимизировать отбор пациентов для проведения тех или иных манипуляций, улучшать психологический статус пациентов, их удовлетворенность оказанной помощью, а также расширяет возможности клиник и их партнеров в плане оказания дополнительных антивозрастных услуг (например, программы профилактики преждевременного старения мозга) [1].

БАЗОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Проблема распознавания когнитивных расстройств заключается в том, что ранние признаки нарушения памяти и внимания могут быть выявлены только при специальном тестировании и шкалиро-

вании. Уже в возрасте 60–65 лет около 15–20% людей имеют серьезные когнитивные расстройства вплоть до деменций различного генеза, у 40–45% людей диагностируются легкие и умеренные когнитивные расстройства, около 15–20% страдают субъективными когнитивными расстройствами и только 15–20% находятся в нормальном когнитивном статусе [2]. С учетом того, что развитие когнитивного дефицита происходит в течение 10–20 лет, профилактическим «окном» можно считать возраст 40–60 лет — по сути, основной контингент современных клиник антивозрастной и клинической медицины.

Одним из основных патогенетических механизмов развития когнитивной недостаточности является нейромедиаторная недостаточность (в частности, дофамина, серотонина и других). С нарушениями нейромедиаторной функции связано и снижение возможности нейрогенеза. С течением жизни меняются и возрастные функциональные свойства нейронов, что приводит к уменьшению нейрональной пластичности*.

* Нейрональная пластичность — это способность нейронов головного мозга под влиянием меняющихся условий окружающей среды формировать новые дендриты и синапсы, изменять свойства нейрональной мембраны. Феномен нейрональной пластичности лежит в основе процессов памяти и обучения, а также обуславливает репаративные церебральные процессы в ответ на внешние неблагоприятные воздействия.



К. Philips в 2012 г. провела интересные исследования и показала, что люди с дисморфофобией/дисморфоманией чаще всего не удовлетворены состоянием своей кожи (73%), волос (56%), формой носа (37%), весом (22%), состоянием области живота (22%), груди и сосков (21%), глаз (20%), бедер (20%), состоянием и формой зубов (20%) и т.д.

Интересно, что нарушение обмена нейромедиаторов лежит и в основе дисморфофобии/дисморфомании — невротического состояния, связанного с убежденностью в наличии дефекта внешности или чрезмерной переоценкой существующего физического недостатка или физической особенности, отличающейся от среднестатистической нормы. Сегодня дисморфофобия/дисморфомания рассматривается как одна из форм социофобии (страха перед общением), причем, по данным ВОЗ, ею страдают 16% людей.

К. Philips в 2012 г. провела интересные исследования и показала, что люди с дисморфофобией/дисморфоманией чаще всего не удовлетворены состоянием своей кожи (73%), волос (56%), формой носа (37%), весом (22%), состоянием области живота (22%), груди и сосков (21%), глаз (20%), бедер (20%), состоянием и формой зубов (20%) и т.д. [3]. Одной из крайних форм дисморфофобии является так называемый синдром Ван Гога, когда пациент оперирует себя сам или настаивает на определенной операции, к которой нет меди-

цинских показаний (по неподтвержденной легенде, Ван Гог страдал психическим расстройством, связанным с дисморфофобией, а во время его обострения ампутировал себе ухо) [4].

Не всегда **дисморфофобия** — сугубо психическое расстройство. В этом плане интересен синдром нарушения целостности восприятия собственного тела (англ. — *body integrity identity disorder, BIID*) — состояние, когда в целом здоровые люди испытывают чувство привязанности к инвалидам из-за наличия у тех ампутиаций и в своих фантазиях иногда представляют себя такими. В некоторых исследованиях было показано, что вследствие нарушения процессов передачи импульсов из периферических отделов нервной системы в центральные мозг «не воспринимает» некоторые части тела как свои, у человека формируется неполная картина тела. Таким образом, дисморфофобия, вероятно, имеет физиологическую основу [5, 6, 7]. Понимание патогенеза подобных состояний важно в плане того, что при оказании эстетических услуг не всегда

следует исполнять желания пациентов по коррекции внешности в полном объеме, важной составляющей будет психотерапевтическая помощь, в ходе которой человека можно «научить жить» в своем теле.

Нередко когнитивные расстройства вкупе с эстетическими проблемами (синдромом усталого лица, когда цвет кожи становится бледным или бледно-серым; обедненной мимической активностью; изменениями в периорбитальной области и др.) сопряжены с синдромом хронического информационного истощения (squeezed-синдромом, от англ. *squeezed* — «выжатый, предельно усталый»). Его можно рассматривать как совокупность психоэмоциональных, соматических и поведенческих проявлений длительного перенапряжения. Такое перенапряжение связывают со средой, в ко-



Одной из крайних форм дисморфофобии является так называемый синдром Ван Гога, когда пациент оперирует себя сам или настаивает на определенной операции, к которой нет медицинских показаний (по неподтвержденной легенде, Ван Гог страдал психическим расстройством, связанным с дисморфофобией, а во время его обострения ампутировал себе ухо).

торой живет человек, и которая перенасыщена электронными устройствами. В своем развитии синдром проходит этапы от начальных проявлений в виде чувства усталости, нарушений сна и пр. до отдаленных последствий в виде артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, когнитивных расстройств, патологии периферической нервной системы и пр. [8].

Интересным в контексте рассматриваемой проблемы является состояние, именуемое нервной орторексией, — это расстройство, характеризующееся навязчивым стремлением к здоровому и правильному питанию, что приводит к значительным ограничениям в выборе продуктов. У пациентов с нервной орторексией, вступающих в программы коррекции веса, выше риск развития гиповитаминозов, белковой недостаточности и т.д., и сопутствующих этим дефицитам эстетических проблем, связанных с

но широко освещены в отечественной литературе, и в рамках данной статьи мы их подробно рассматривать не будем.

ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ

Экспресс-оценка рисков наличия когнитивных нарушений

Заручившись согласием пациента, косметолог может начать работу с оценки рисков когнитивных нарушений, когнитивных способностей и скрининга состояний, которые могут быть ассоциированы с их снижением. При нежелании пациента пройти тестирование врач имеет право отказать ему в процедуре, если возможное когнитивное расстройство способно повлиять на безопасность эстетической услуги.

Для экспресс-оценки когнитивного статуса используют тест Brown-Peterson, состоящий из

ности (например, мы произносим 1–8–6, в ответ человек должен произнести 6–8–1).

- 3) На третьем этапе просим вспомнить буквы из первого задания и произнести их в той же последовательности, в которой мы их произносили (правильный ответ В–К–Л).

Если пациент делает ошибку на любом из этапов, это говорит о том, что на момент проведения теста у него снижена когнитивная функция.

Более показателен тест рисования часов. Его суть заключается в том, что мы просим пациента нарисовать циферблат, разметить на нем цифры, а затем с помощью большой и маленькой стрелок изобразить время, например, «десять минут двенадцатого». Если пациент изображает время правильно, то с большой долей вероятности у него нет когнитивных расстройств, если с ошибками — то такой пациент требует дообследования.

Точнее объективизировать состояние когнитивных функций помогает тест «Краткое обследование познавательных способностей» (Mini Mental State Examination — MMSE) [10].

Эти и другие тесты могут проводить не только врачи, но и медицинские сестры либо специально обученный персонал. Но интерпретировать и определять дальнейшую тактику ведения пациента может только врач.

Тест MMSE позволяет объективизировать состояние когнитивных функций в баллах. Наилучший возможный показатель — 30. 28–30 баллов — норма или (при наличии жалоб пациента на нарушение памяти и внимания) — субъективные когнитивные расстройства, что требует рекомендаций по их профилактике. 24–27 баллов — умеренные когнитивные расстройства, а 23 балла и ниже — тяжелые.



В некоторых исследованиях было показано, что вследствие нарушения процессов передачи импульсов из периферических отделов нервной системы в центральные мозг «не воспринимает» некоторые части тела как свои, у человека формируется неполная картина тела.

нарушением качества кожи и ее придатков. Нервная орторексия может быть как самостоятельным синдромом, так и ассоциироваться с когнитивными расстройствами.

Важное значение в генезе когнитивных расстройств и сопутствующих им эстетических проблем имеет дефицит витамина D и нарушения метаболического статуса, но эти вопросы доволь-

но широко освещены в отечественной литературе, и в рамках данной статьи мы их подробно рассматривать не будем.

1) На первом этапе человека просят запомнить последовательность из трех согласных букв, например, В–К–Л.

2) На втором этапе произносят три цифры, и просят пациента повторить эти цифры вслух в обратной последователь-

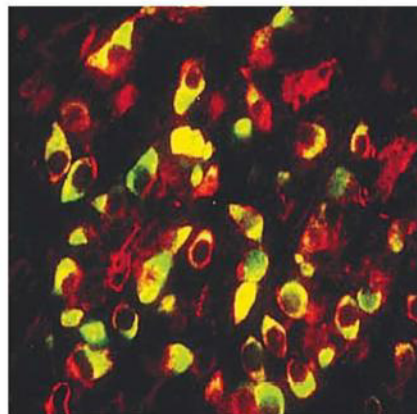
При выявлении у пациентов расстройств уровня 23 балла и ниже рекомендуется консультация у терапевта/врача общей практики, который определит объем обследования и необходимость помощи невролога и/или психиатра. При выявлении пациентов с уровнем когнитивных способностей в 24–27 баллов мы рекомендуем провести следующий объем обследования с учетом лабораторных возможностей клиники:

- общий анализ крови, мочи;
- биохимический скрининг заболеваний печени (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, гамма-ГТ и др.) и почек (мочевина, креатинин и др.);
- анализ гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ, АТ к ТТГ);
- анализ метаболического статуса (глюкоза / гликированный гемоглобин, холестерин, липидный профиль, концентрация витамина В12, фолиевой кислоты, витамина D, показатели обмена железа);
- обследование сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, мониторинг АД).

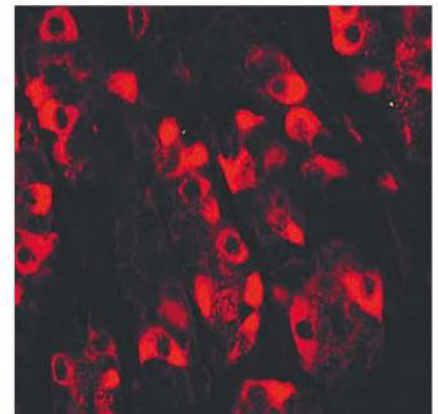
После этого нужно направить пациента к терапевту/врачу общей практики, который определит дальнейшую тактику.

Определение риска развития когнитивных проблем по биомаркерам

Достижения медицины позволяют врачам использовать биологические маркеры с целью подтверждения риска развития ряда тяжелых когнитивных проблем. Например, мы используем биологическое подтверждение риска болезни Альцгеймера и ряда других деменций путем определения экспрессии тау-протеина и бета-амилоида в буккальном эпителии (на сегодняшний день установлено, что в буккальном эпителии экспрессируется более



Болезнь Альцгеймера



Здоровые люди

Рис. 1. Экспрессия тау-протеина в буккальном эпителии у пациентов с болезнью Альцгеймера (данные проф. И.М. Кветного).

100 сигнальных молекул, которые играют ключевую роль в патогенезе многих заболеваний). Материалом для исследования служит соскоб буккального эпителия со щеки пациента. Для забора, хранения и транспортировки необходимы капсула Эппендорфа, заполненная физиологическим раствором, и цитологическая щетка. Материал поступает в отдел патоморфологии ФГБУ «НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта», где проводится иммуноцитохимическое исследование с использованием молекулярных маркеров и последующей морфометрией для получения количественных показателей.

Воспроизводимость метода 98%, чувствительность 92%, специфичность 100%. Чем выше уровень экспрессии тау-протеина и бета-амилоида в клетках буккального эпителия, тем выше риск развития болезни Альцгеймера, а при наличии клиники когнитивных расстройств — ее присутствия. В таблице представлены количественные данные о содержании маркеров у здоровых людей и у людей с болезнью Альцгеймера, а на рис. 1 — визуальное представление результатов.

Наличие дисморфофобии и дисморфомании у пациентов можно заподозрить при нали-

Таблица. Количественные параметры экспрессии тау-протеина и бета-амилоида в тучных клетках буккального эпителия (данные проф. И.М. Кветного)

Характеристика людей	Маркеры (средняя площадь экспрессии, %)	
	Тау-протеин	Бета-амилоид
Здоровые	отсутствует	0,1±0,01
С болезнью Альцгеймера	7,6±0,1*	8,4±0,3*

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с показателями у здоровых людей.

чий симптома «зеркала» (человек постоянно смотрит в зеркало и другие отражающие поверхности, стараясь найти выгодный ракурс, где предполагаемый эстетический дефект не виден, и определить самостоятельно, какая именно коррекция «недостатка» необходима) и симптома «фотографии» (категорический отказ фотографироваться под разными предложениями).

Врачам-косметологам следует обращать внимание на такие особенности поведения пациента, как попытка скрывать предполагаемый дефект, нося мешковатую одежду и шляпы, навязчивое касание кожи для ощупывания «дефекта», многократные пластические операции, которые не приносят удовлетворения, излишнее увлечение диетами и физическими упражнениями, навязчивый поиск информации по проблеме «дефекта» и др.

Нервную орторексию не рассматривают в рамках Международной классификации болезней (МКБ), но опросники для ее диагностики существуют. В частности, применяют опросник Стивена Брэтмена (1997):

1. Размышляете ли вы более трех часов в день о том, как следует правильно питаться?
2. Планируете ли вы ваше меню на несколько дней вперед?
3. Является ли для вас состав пищи более важным, чем ее вкус?
4. Верно ли то, что по мере того, как ваше питание становится более здоровым, в целом ваша жизнь становится беднее?
5. Верно ли, что в последнее время вы стали более требовательны по отношению к себе?
6. Верно ли, что ваше самоуважение возрастает, если вы питаетесь правильно?
7. Отказались ли вы от каких-либо любимых пищевых про-



Значительное число исследований говорит об эффективности ряда немедикаментозных мероприятий в отношении профилактики расстройств когнитивной сферы. Обязательный компонент здесь — физическая активность. В исследовании А. Крагер и соавт. показано, что люди, которые выполняли хотя бы 15–30-минутный комплекс физических упражнений 3 раза в неделю, имели значительно более низкий риск болезни Альцгеймера даже при наличии негативного семейного анамнеза.

- дуктов потому, что вы не считаете их полезными для здоровья?
 8. Верно ли то, что ваша диета не позволяет вам питаться в ресторанах, а также меша-
 11. Ощущаете ли вы чувство превосходства по отношению к людям, которые питаются неправильно?
- Четыре и более ответов «да» говорят о том, что человек одно-



Дисморфофобию и дисморфоманию у пациента можно заподозрить при наличии симптома «зеркала» (человек постоянно смотрит в отражающие поверхности, ища выгодный ракурс, где его предполагаемый эстетический дефект не виден) и симптома «фотографии» (категорический отказ фотографироваться под разными предложениями).

- ет вашему общению с родными и друзьями?
9. Ощущаете ли вы чувство вины, если нарушили диету?
10. Если вы питаетесь правильно, возникает ли у вас чувство спокойствия и ощущение, что вы полностью контролируете вашу жизнь?

значно страдает нервной орторексией, два или три ответа «да» свидетельствуют о наличии нервной орторексии в легкой форме либо риска ее развития. Кроме того, для диагностики нервной орторексии можно использовать Римский опросник ORTO [11].

Для диагностики **синдрома хронического информационного истощения** используется набор следующих основных и дополнительных критериев:

Основные:

1. Наличие squeezed-среды на протяжении более 6 месяцев.
2. Отсутствие соматических и нервно-психических заболеваний в стадии обострения/декомпенсации, онкологической патологии.

Дополнительные:

1. Головные боли напряжения.
2. Головокружение.
3. Повышенная истощаемость при обычных нагрузках.
4. Транзиторная или стойкая артериальная гипертензия.
5. Кардиалгии.
6. Снижение способности концентрировать внимание.
7. Избыточная масса тела или ожирение.
8. Вертеброгенные боли.
9. Парестезии в дистальных отделах верхних или нижних конечностей.
10. Нарушения стула.
11. Снижение физической работоспособности.
12. Ощущение «выжатого лимона», которое не проходит при обычном отдыхе.
13. Объем умеренных аэробных физических нагрузок менее 150 минут в неделю.
14. Артериальная гипотензия.

Диагноз синдрома хронического информационного истощения может быть выставлен при наличии 2 основных и 4 дополнительных критериев.

КОМПОНЕНТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

- Скрининг и ранняя профилактика когнитивных расстройств относятся к общеврачебным вопросам, а потому могут быть частью деятельности клиник



Синдром хронического информационного истощения можно рассматривать как совокупность психоэмоциональных, соматических и поведенческих проявлений длительного перенапряжения. Такое перенапряжение связывают со средой, в которой живет человек, и которая перенасыщена электронными устройствами.

эстетической и антивозрастной медицины.

- Профилактические мероприятия должны носить индивидуализированный характер, так как популяционные программы направлены преимущественно на выявление, лечение и профилактику когнитивных расстройств тяжелых степеней.
- Профилактика когнитивных расстройств и ассоциированных с ними состояний способствует улучшению результатов эстетической помощи и удовлетворенности пациентов достигнутым эффектом.
- Мероприятия, направленные на восстановление нейромедиаторной активности и стимуляцию нейрогенеза, являются патогенетической основой профилактических программ.
- Психологическое, а при необходимости и психотерапевтическое сопровождение пациента в рамках профилактических программ позволяет решать задачи комплексно.

На сегодняшний день проведено значительное количество исследований, которые позволяют говорить об эффективно-

сти ряда немедикаментозных мероприятий в отношении профилактики расстройств когнитивной сферы. Обязательным компонентом таких профилактических программ является физическая активность. В исследовании A. Kramer и соавт. было показано, что люди, которые выполняли хотя бы 15–30-минутный комплекс физических упражнений три раза в неделю, имели значительно более низкий риск болезни Альцгеймера даже при наличии негативного семейного анамнеза [12]. При разработке профилактических программ мы рекомендуем пользоваться рекомендациями Всемирной организации здравоохранения «Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья» [13].

Важным направлением профилактики является когнитивная тренировка и стимуляция головного мозга путем изучения иностранных языков, освоения новых компьютерных программ и т.д.

При модификации питания следует уделять внимание продуктам, содержащим вещества

с доказанным профилактическим действием, например, каротиноиды (в виде желтых, красных, зеленых, синих свежих овощей и фруктов — не менее 400 г в сутки и не менее, чем в 5 приемов), употреблять больше рыбы, продуктов, богатых витаминами E и D.

Особенно перспективным представляется применение комплексных нутрицевтиков, которые содержат различные растительные компоненты, влияющие на разные звенья старения мозга. Примером такого рода средств является «Ноотроник» — многокомпонентный питьевой напиток. Особый интерес в его составе представляют два вещества. Первое — природный ноотропдиметиламиноэтанол (ДМАЭ), который метаболизируется в ацетилхолин, являющийся нейротрансмиттером и обладающий свойством модуляции высшей нервной деятельности и улучшения когнитивных способностей. Второе — альфа-глицерилфосфатилхолин — соединение, содержащее 40% холина и превращающееся в организме


в метаболически активную форму фосфатидилхолина и затем в фосфорилхолин, способный проникать в мозг и активировать синтез ацетилхолина, что важно для поддержания когнитивных способностей.

Можно использовать биодобавки, содержащие такое нейротропное вещество, как таурин. В головном мозге таурин играет роль нейромедиаторной аминокислоты, обладает противосудорожной активностью, улучшает энергетические процессы, память и другие когнитивные способности. В своей практике мы используем добавку «Ника-Церебростим» (разработка Института физико-органической химии Национальной академии наук Беларуси), одна капсула которого наряду с 475 мг таурина содержит 55 мг экстракта гуараны, полифенолы, витамины A, B и E.

Перспективным видится применением цинк-содержащих продуктов. С возрастом в головном мозге наблюдается снижение скорости передачи нервного

импульса за счет процессов демиелинизации, которые в наибольшей степени выражены в височных и лобных долях. Для нормального возобновления миелина нужен цинк, суточная потребность в котором составляет 8 мг для женщин и 11 мг для мужчин. Максимальное количество цинка содержится в следующих продуктах питания (в расчете на 100 г): в семечках тыквы — 10,0 мг, в семечках подсолнечника — 5,3 мг, в говядине — от 3,0 до 8,0 мг, в мясе птицы — 0,8 — 3,5 мг, в сыре — 3,0–4,0 мг, в бобовых культурах — от 1,5 до 4,0 мг, в шоколаде — 1,0–2,0 мг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время расшифрованы принципиальные биохимические механизмы развития возрастных изменений головного мозга и нарушений памяти, а также ряда эстетических проблем, имеющих общие патогенетические механизмы, что открывает новые возможности для их коррекции и профилактики. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Шарова А.А., Прощаев К.И., Коршун Е.И. Когнитивные расстройства в практике специалиста эстетической медицины // Современные проблемы науки и образования. — 2017. — № 2 [электронное издание].
2. Локшина А.Б. Недементные когнитивные расстройства в пожилом возрасте: современные подходы к диагностике и лечению // Эффективная фармакотерапия. — 2013. — № 15. — С. 34–40.
3. Katharine A. Philips. The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. — Oxford University Press, 2005. — С. 56.
4. Abram H. S. The van Gogh Syndrome: an unusual case of polysurgical addiction // American Journal of Psychiatry. — 1966. — Vol. 123, N 4. — P. 478–81.
5. Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects. — Pabst Science Publishers, 2009.
6. First, Michael B. (2005). "Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder". *Psychological Medicine* 35 (6): 919–928.
7. First M. B., Fisher, C. E. (2012). "Body Integrity Identity Disorder: The Persistent Desire to Acquire a Physical Disability". *Psychopathology* 45: 3–14.
8. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Коршун Е.И., Синдром хронического информационного истощения (squeezed-синдром) // Электронный научный журнал «Геронтология». — 2017. — №1.
9. Тест рисования часов <http://neurosys.ru/diagnostika/osmotr/ocenka-narusheniya-kognitivnih-funkcij/test-risovaniya-chasov>
10. Краткая шкала оценки психического статуса <https://memini.ru/tests/23789>
11. Римский опросник нервной отторексии http://psylab.info/Римский_опросник_нервной_отторексии
12. Kramer A.F., Erikson K.I., Colcombe S.J. Exercise, Cognition and the Aging Brain // *Journal of Applied Physiology*. — 2012. Vol. 101, N 4. — P. 1237–1242.
13. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья <https://www.gncrpm.ru/UserFiles/Rekomendacii%20voz.pdf>
14. K. S. Kosik, A. Bowman. *Outsmarting Alzheimer's: What You Can Do to Reduce Your Risk*. — The Hardcover, Reader's Digest Association, 2015. — 320 p.