Журнал «Перспективи та інновації науки»
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)
№ 8(42) 2024

УДК: 616.89-008.45/.48-07-044.4:614.253.1/.2

https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-8(42)-1121-1133

Росицька Олександра Анатоліївна к.мед.н., асистент кафедри сімейної медицини ФПО та пропедевтики внутрішньої медицини, Дніпровський державний медичний університет, вул. В.Вернацького 9, м. Дніпро, тел.: (050)602-34-32, https://orcid.org/0000-0002-5424-5252

АЛОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ЗВОРОТНИХ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ В МЕЖАХ КОМПЕТЕНЦІЙ ЛІКАРІВ АМБУЛАТОРНОЇ ПРАКТИКИ

Анотація. Офіційні статистичні дані щодо справжньої поширеності деменції в Україні, на жаль, відсутні. При виявленні когнітивних порушень (деменції) у пацієнтів діагностичний алгоритм та ведення пацієнта йде у відповідності до чинного наказу МОЗ України №736 від 19.07.2016 року [1]. Центр громадського здоров'я МОЗ України (https://phc.org.ua/news/vchasne-likuvannya-demencii-upovilnyue-ii-rozvitok-de-bezoplatno-otrimati-liki) надає особливого соціального значення проблемі психічного здоров'я українців. Підтвердженням цього є розроблена і впроваджена Всеукраїнська програма з ментального здоров'я «Ти як?», що була ініційована першою леді Оленою Зеленською, та імплементація глобальної програми ВООЗ mhGAP (Mental Health Gap Action Programme), що спрямована на підвищення доступу до послуг з охорони психічного здоров'я шляхом залучення медпрацівників первинної ланки медичної допомоги до надання послуг пацієнтам із психічними розладами (www.umj.com.ua/uk/novyna-242726-programa-mhgap-shho-vona-daye-likaryam-pervinki).

Проблема пацієнтів з деменцією є актуальною в медичних практиках світу та України. Деменція є сьомою основною причиною смерті серед усіх захворювань і однією з головних причин інвалідності та побутової соціальної залежності серед людей похилого віку в усьому світі. [2]

У відповідності до останньої клінічної настанови з медичної допомоги при деменції 2023 р., деменція - це не діагноз, а загальний термін, що використовується для визначення втрати пам'яті, мови, здатності вирішувати проблеми та інших здібностей до мислення, що є досить серйозними і заважають повсякденному життю. В той же час, деменція у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-5-TR, 2022 р.) трактується як основний нейрокогнітивний розлад, що є клінічним синдромом, та визначається прогресуючим зниженням однієї чи кількох складових когнітивних функцій відносно преморбідного функціонального рівня людини. Рекомендації DSM-5-TR (2022) дозволяють клініцисту проводити діагностику

Журнал «Перспективи та інновації науки»
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)
№ 8(42) 2024

нейрокогнітивних розладів – від легких до виражених, де саме виражений нейрокогнітивний розлад (НКР) здебільшого є синонімом деменції. [2,4,6,11]

У відповідності до даних літератури, в деяких розвинених країнах має місце не лише зростання рівнів захворюваності на деменцію, але й молодшає вік старту означеного патологічного стану в суспільстві. Хоча найбільш частим фактором ризику розвитку тієї чи іншої форми НКР вважають похилий вік, серед предиктів НКР особливе значення мають ті, що модифікуються, зокрема стан серцево-судинної системи, фізична активність, дієта і навіть рівень освіти. В рутинній лікарській практиці ведення цих пацієнтів можуть бути проконтрольовано, і тим самим, клініцист може впливати на перебіг розвитку когнітивних порушень. Слід зазначити, що такі стани, як черепно-мозкова травма в анамнезі, навіть у легкій формі, пов'язані з дворазовим збільшенням ризику виникнення НКР, в тому числі у більш молодому віці. Частка досліджень доводить вплив особистісних факторів (погана якість сну, надмірне вживання алкоголю, депресія, порушення слуху та інші), щодо підвищення ризику розвитку деменції. Однак цей взаємозв'язок є складним і пов'язаний з іншими супутніми захворюваннями та соціальними детермінантами здоров'я [2, 10].

Таким чином, деменція характеризується погіршенням когнітивних функцій, має прогресуючий або постійний перебіг, з часом впливає на якість життя пацієнта та його родичів. Існує велика кількість різноманітних причин, що індукують формування когнітивних порушень та деменції у пацієнтів і за різними оцінками до 23% випадків ці зміни є оберненими, що відповідає дефініції зворотних нейрокогнітивних розладів [1,5], що і обумовило мету та сутність даної роботи щодо пошуку алгоритму діагностики зворотних нейрокогнітивних розладів в межах компетенцій лікарів амбулаторної практики.

Ключові слова: синдром когнітивних порушень, зворотний нейрокогнітивний розлад, зворотна деменція, діагностика, алгоритм дій, сімейна медицина.

Rosytska Oleksandra Anatolyivna PhD, assistant Department of Family Medicine of the Faculty of Postgraduate Education and Propedeutics of Internal Medicine, Dnipro State Medical University, 9, Vernadsky St., Dnipro, tel.: (050) 602-34-32, https://orcid.org/0000-0002-5424-5252

DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR REVERSIBLE NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN PRIMARY CARE

Abstract. Unfortunately, there are no official statistics on the true prevalence of dementia in Ukraine. When identifying cognitive impairment (dementia) among patients, the diagnostic algorithm and patient management is based on the current

order of the Ministry of Health of Ukraine No. 736 of 19.07.2016 [1]. The Public Health Centre of the Ministry of Health of Ukraine (https://phc.org.ua/news/vchasne-likuvannya-demencii-upovilnyue-ii-rozvitok-de-bezoplatno-otrimati-liki) pays special social attention to the problem of mental health of Ukrainians. This is supported by the implemented All-Ukrainian Mental Health Programme "How are you?", initiated by First Lady Olena Zelenska, and the ongoing implementation of the WHO global programme mhGAP (Mental Health Gap Action Programme). Both of these programmes are aimed at increasing access to mental health services by engaging primary healthcare workers into providing services to patients with mental disorders (www.umj.com.ua/uk/novyna-242726-programa-mhgap-shho-vona-daye-likaryam-pervinki).

The problem of patients with dementia is relevant both in medical practices around the world and in Ukraine. Dementia is the seventh leading cause of death among all diseases and one of the main causes of disability and dependence among older people worldwide. [2].

Following the latest 2023 Dementia Care Guidelines, dementia is not a diagnosis, but an umbrella term used to describe a loss of memory, language, problem-solving and other thinking abilities that are severe enough to interfere with daily living. At the same time, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR, 2022) defines dementia as a major neurocognitive disorder, which is a clinical syndrome, and is typically characterised by a progressive decline in one or more components of cognitive functioning relative to a person's premorbid functional level. The DSM-5-TR (2022) allows a clinician to diagnose neurocognitive disorders ranging from mild to severe, where severe neurocognitive disorder (NCD) is mostly synonymous with dementia. [2,4,6,11]

According to the relevant literature, in some developed countries, there is not only an increase in the incidence of dementia, but also a rise in the age of this pathological condition in society. Although older age is considered the most common risk factor for the development of a particular form of cognitive impairment, modifiable ones, such as cardiovascular health, physical activity, diet, and even education, are especially important among the predictors of NCD. In routine medical practice, the management of these patients can be monitored, and thus the clinician can influence the course of cognitive disorders. It should be noted that conditions such as a record of traumatic brain injury, even in mild form, is associated with a twofold increase of the risk of developing cognitive disorder, also at a younger age. A number of studies have shown the impact of individual factors (poor sleep quality, excessive alcohol consumption, depression, hearing impairment, etc.) that increase the risk of developing dementia. However, this correlation is complex and is related to other diseases and social determinants of health [2, 10].

Thus, dementia is characterised by a deterioration of cognitive functions, has a progressive or permanent course, and eventually affects the quality of life of the patients and their relatives. There are many different causes that induce

Журнал «Перспективи та інновації науки»
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)
№ 8(42) 2024

formation of cognitive disorders and dementia among patients. It is estimated that in about 23% of cases, these changes are reversible, which meets the definition of reversible neurocognitive disorders [1, 5]. Therefore, the purpose and essence of this work is to find an algorithm for the diagnosis of reversible neurocognitive disorders within the competence of primary care doctors.

Keywords: cognitive impairment syndrome, reversible neurocognitive disorder, reversible dementia, diagnosis, algorithm of actions, family medicine.

Постановка проблеми. Використання терміну «деменції» в літературі неоднорідне з різними визначеннями. Деякі автори включають як оборотні, так і необоротні причини когнітивних порушень у своє визначення деменції, тоді як інші стверджують, що деменція є необоротною і стани з оборотними причинами не повинні класифікуватися як деменція. У діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-5-TR) деменція перейменована у клінічний синдром~~ом~~, що визначається прогресуючим зниженням однієї чи кількох когнітивних функцій (увага, пам'ять, мова, гнозис (здатність розрізняти предмети за чуттєвим сприйняттям), праксис (здатність набувати, зберігати та використовувати різноманітні рухові навички), інтелект, навчання) відносно преморбідного функціонального рівня людини [4, 6].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Підходи до діагностики нейрокогнітивних розладів постійно оновлюються, за рахунок нових даних, що отримуються в сучасних дослідженнях. Розробки рекомендацій, стандартів діагностики та ведення пацієнтів з синдромом нейрокогнітивного розладу/деменції проводяться в різних країнах (США, Великобританія, Канада та інші) за підтримки певних фондів, національних рад, комітетів з питань охорони здоров'я та соціальної допомоги. В Україні є чинним наказ МОЗ України №736 від 19.07.2016 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція» [1]. Судинним когнітивним розладам присвячене оновлення канадських рекомендацій з найкращої практики при постінсультних емоційних і когнітивних порушеннях та стомлюваності 2019 року (CSBPR) [9]. У 2022 році вийшло оновлення DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition - Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів, п’яте видання) американської асоціації психіатрів [6]. Додаток до DSM-5-TR "Нейрокогнітивні розлади" містить оновлені витяги для важких та легких нейрокогнітивних розладів у DSM-5-TR. Ці модифікації відображають значні зміни в кодах МКХ-10. У 2023 році опублікована клінічна настанова з медичної допомоги при деменції (Clinical Guidelines for Medical Respite Care: Dementia, 2023) [2] – для поширених форм незворотної деменції, включаючи хворобу Альцгеймера, лобову деменцію, деменцію тільця Леві, судинну деменцію та

змішану деменцію. Скринінг, діагностика та лікування судинних когнітивних порушень надані у стандарті медичної допомоги «Когнітивні та психологічні розлади після інсульту» 2023р. [3].

Мета статті – удосконалення знань лікарів первинного рівня медичної допомоги щодо діагностики синдрому нейрокогнітивного розладу зворотного характеру за сучасними рекомендаціями та стандартами доказової медицини.

Виклад основного матеріалу. Нейрокогнітивні розлади (НКР) можуть бути класифіковані за етіологічними факторами, клінічним перебігом, характером нейропсихологічних порушень та ступенем виразності.

В медичній практиці досить розповсюдженим є підхід діагностики НКР/ деменції за стадіями, а саме виділяють:

Стадії нейрокогнітивного розладу [2]

1. **Рання стадія:** пацієнти можуть ставати менш соціальними, ніж на початковому етапі, і демонструвати зміни в особистості та настрої. Заперечення симптомів когнітивних порушень і спроби їх замаскувати є поширеним явищем. На цій стадії ~~людей~~ пацієнтів тягне до знайомих ситуацій і людей, коли вони можуть покладатися на свою довготривалу пам'ять. Нові ситуації та задачі можуть викликати стрес і тривогу.
2. **Середня стадія:** пацієнти потребують певної допомоги для якісного виконання основних повсякденних дій, включаючи прийняття душу та одягання. Вони не в змозі постійно за потреби пригадувати важливу інформацію, наприклад, імена членів сім'ї або ліки. Враховуючи значні проблеми з пам'яттю, люди на цій стадії можуть відчувати дистрес, що може часто проявлятись поведінковими та психологічними симптоми НКР.
3. **Пізня стадія:** пацієнти потребують надмірної допомоги у всіх видах повсякденного життя. Вони все ще зберігають здатність ходити і їсти, але потребують цілодобового нагляду.
4. **Кінцева стадія**: пацієнти прикуті до ліжка і потребують повного та постійного догляду.

Також в цих рекомендаціях виділяють оборотну деменцію, порушення пам’яті, що пов’язане з віком та суб’єктивне когнітивне зниження.

Оборотна деменція – це тип деменції, що можна частково або повністю вилікувати за допомогою лікування та належного менеджменту, спрямованого на усунення основної причини.

Порушення пам’яті, пов’язане з віком, відноситься до змін у пізнавальній діяльності, що відбуваються зі старінням. Літні люди мають відносну недостатність у пригадуванні, особливо у швидкості пригадування, порівняно з пригадуванням у молодості. Ці зміни не впливають на повсякденне функціонування і тому не вказують на деменцію, однак дуже схожі на її початкові прояви.

Суб’єктивне когнітивне зниження визначається як постійне зниження когнітивних здібностей, що відчувається на особистому досвіді, але нормальні показники стандартизованих когнітивних тестів, що використовуються для

Журнал «Перспективи та інновації науки»
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)
№ 8(42) 2024

класифікації легких когнітивних порушень (ЛКП). Ризик ЛКП та деменції підвищується у людей із суб'єктивним когнітивним зниженням [2,8].

За рекомендаціями клінічної настанови з медичної допомоги при деменції 2023 р. [2] розрізняють первинні когнітивні порушення, зумовлені первинним нейродегенеративним процесом, таким як хвороба Альцгеймера, Паркінсона, тощо.

Погіршення когнітивних функцій, що пов'язані із віком, також може розглядатися як тип первинного когнітивного дефіциту, оскільки є наслідком нейродегенеративних вікових змін у мозку. Під нейродегенерацією мається на увазі процес прогресивної втрати структури і функції нейронів, включно з їхньою загибеллю. Натомість у розвитку вторинних (зворотних) когнітивних порушень основне значення надають іншим етіологічним факторам, що впливають на функціональну роботу певних структур мозку без прогресивної втрати структури і функції нейронів.

Розвитку нейрокогнітивного розладу можуть сприяти як немодифіковані так і модифіковані фактори ризику (табл. 1) [2].

Таблиця 1.

Фактори ризику розвитку нейрокогнітивного розладу

фактори що не модифікуються	***фактори що модифікуються***
- вік	- надмірне вживання алкоголю
- генетика/сімейний анамнез	- депресія
- черепно-мозкова травма	- ожиріння середнього віку
- порушення слуху	- обмежена фізична активність
- серцево-судинні хвороби	- низький рівень освіти
- артеріальна гіпертензія	- погане харчування
- діабет	- поганий сон або недосипання
- забруднення повітря	- паління сигарет

В загально лікарській практиці особливе значення має виявлення реверсивної («зворотної») деменції/НКР, зумовленої соматичною патологією, що в алгоритмі первинної діагностики потребує скринінгу групи пацієнтів з коморбідною патологією та підвищеним ризиком розвитку НКР (перенесені інсульти, пацієнти з високим ризиком за шкалою SCORE, пацієнти з помірними когнітивними порушеннями, симптомами депресії, метаболічними порушеннями та ін.). В рутинній клінічній практиці даний вид НКР може бути корегованим за рахунок відповідного лікування соматичної патології у конкретного пацієнта.

Розпізнавання оборотних причин зниження когнітивних функцій стає вирішальним для потенційного одужання, а також допомагає в наступному:

- визначити пріоритет диференціальної діагностики для цілеспрямованої допомоги та втручання.

Журнал «Перспективи та інновації науки»
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)
№ 8(42) 2024

• надати пацієнтам та їхнім родинам можливість вживати проактивних заходів для лікування хвороби.

• оптимізувати ресурси охорони здоров'я, зводячи до мінімуму залежність від довгострокового догляду.

Стани, що можуть імітувати НКР [5].

Апное сну — *Гіпоксемія* (дихальні паузи знижують рівень кисню в крові) та *фрагментований сон* (часті пробудження). *Неврологічні порушення*: тривале позбавлення кисню та порушення сну шкодять мозку, що призводить до порушення когнітивних здібностей, функції та сплутаність свідомості. *Супутні стани:* апное уві сні часто співіснує з такими хворобами, як гіпертонія та діабет, додатково погіршуючи когнітивну дисфункцію.

Депресія — *Зміни нейромедіаторів:* змінені хімічні речовини мозку впливають на настрій і когніції.

Структура мозку: тривала депресія може спричинити функціональне виснаження та прискорення зменшення ділянок мозку, що важливі для пам'яті та мислення. *Запалення:* стрес та депресія можуть спричинити підвищення рівня запальних цитокінів, що викликають нейрозапалення і впливають на функцію та структуру гіпокампу та інші важливі для пам'яті та мислення структури [7]. *Судинні ризики:* депресія посилює серцеві проблеми, що потенційно може призвести до судинної деменції/НКР через зниження кровотоку до мозку. *Вплив ліків:* деякі антидепресанти можуть викликати сплутаність свідомості або седацію, що нагадують симптоми НКР.

Втрата слуху — *Проблеми спілкування*: труднощі зі слухом призводять до проблем з розумінням зверненої мови, що може нагадувати когнітивне зниження. *Когнітивне перевантаження.* Боротьба зі слухом вимагає більше розумових зусиль, що призводить до втоми та проблем з пам'яттю. *Збентеження в шумному середовищі:* фоновий шум може викликати збентеження або розчарування. *Соціальна ізоляція*: втрата слуху може призвести до соціальної відстороненості та самотності, факторів, пов'язаних із зниженням когнітивних функцій. *Неправильне тлумачення симптомів:* симптоми втрати слуху можуть бути неправильно інтерпретовані і сприйняті як ознаки НКР, що підкреслює необхідність більш ретельної діагностики.

Журнал «Перспективи та інновації науки»
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)
№ 8(42) 2024

Дефіцит вітаміну В-12

Неврологічні симптоми: дефіцит вітаміну В-12 може викликати неврологічні симптоми, такі як сплутаність свідомості, труднощі з концентрацією уваги та погану координацію. *Психіатричні симптоми:* у важких випадках знижений рівень В-12 може призвести до таких психічних симптомів, як депресія, параноя, що ускладнює діагностику НКР. *Соматичні симптоми*: втома та слабкість за рахунок метаболічних порушень можуть вплинути на когнітивні функції та сприяти сплутаності свідомості. *Помилковий діагноз:* симптоми дефіциту вітаміну В-12 можуть бути сприйняті за НКР, що підкреслює важливість урахування факторів харчування при діагностиці та наявності інших причин хронічної анемії.

Цукровий діабет

Коливання рівня цукру в крові: зміни рівня цукру в крові, особливо гіпоглікемія, можуть вплинути на когнітивні функції або призвести до появи психіатричних симптомів, що також можуть бути неправильно інтерпретовані. *Судинні ризики:* діабет підвищує ризик серцево-судинних проблем, що потенційно може призвести до судинної деменції/НКР.

Вплив ліків

Бензодіазепіни та антихолінергічні препарати (наприклад, деякі трициклічні антидепресанти, антигістамінні препарати, антипсихотики та інші), можуть тимчасово викликати або погіршити симптоми деменції/НКР, так само як і алкоголь або рекреаційні наркотики, навіть у помірних кількостях.

Гостра або прогресуюча ниркова чи печінкова недостатність може зменшувати кліренс препарату та викликати інтоксикацію за рахунок підвищення концентрації ліків в крові після багатьох років прийому стабільної дози (наприклад, пропранололу) [8]

Діагностика можливих причин оборотних НКР потребує індивідуального, систематичного та комплексного підходу, що включає оцінку, скринінг та відповідне діагностичне тестування.

Для оптимізації роботи лікарів первинного рівня медичної допомоги, спираючись на оновлені гайдлайни, можна використовувати алгоритм діагностичного пошуку для пацієнтів з НКР, що може реалізуватися на різних рівнях надання медичної допомоги (табл.2).

Журнал «Перспективи та інновації науки»
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)
№ 8(42) 2024

Таблиця 2.

Діагностичний алгоритм нейрокогнітивного розладу [1, 2]

Обов'язкові діагностичні тести	Додаткові діагностичні тести (за умови певного анамнезу та відсутності патологічних змін у обов'язкових тестах)
- Анамнез (суб'єктивний, об'єктивний, сімейний, соціальний, освітній; курсовий або постійних прийом лікарських засобів; ЧМТ) - Неврологічний статус - Нейропсихологічні тести (когнітивні тести, шкали оцінки депресії, виявлення поведінкових порушень) - Психіатричний статус (виявлення психотичних і поведінкових порушень) - Соматичний статус (хронічні хвороби, при яких НС стає органом-мішенню); оцінка порушень слуху та зору - Лабораторні параметри (гемограма, електроліти (Na, K, Cl, Ca, PO_4), параметри функцій нирок і печінки, цукор крові, параметри функцій щитовидної залози (TSH, T4), вітамін B12 / фолієва кислота) - МРТ (стан кори мозку, патерни атрофії) або КТ головного мозку (без чи з контрастуванням - залежно від патологічного процесу, що підозрюється)	- ЕЕГ - Аналіз біологічних рідин, в тому числі спинномозкової рідини (τ-протеїн, фосфо-τ-протеїн, пептид амілоїд β-42, 14-3-3 протеїн) - Серологічні тести (RW, ВІЛ), паратгормон, антинейрональні антитіла, тиреоїдні антитіла (антитіла до тиреоглобуліну) / (мікросомальні тиреоїдні антитіла) - Однофотонна емісійна КТ (ОФЕКТ) (катаболізм, транспортери дофаміну) - ПЕТ (позитронно-емісійна томографія) (метаболізм глюкози, амілоїди) - Транспортери дофаміну (ОФЕКТ або ПЕТ) - Генетичне обстеження (аполіпопротеїн Е, аутосомно-домінантні мутації, CADASIL-синдром (синдром церебральної аутосомно-домінантної артеріопатії з субкортикальними інфарктами і лейкоенцефалопатією), хвороба Гентінгтона)

В практиці лікарів первинного рівня медичної допомоги при діагностичному пошуку причин НКР необхідно спиратися на обов'язкові діагностичні тести, а саме:

- Комплексна оцінка: анамнез історії хвороби пацієнта, включно з появою та прогресуванням одного чи декілька симптомів, захворюваннями що є чи були в минулому, анамнез прийому ліків (групи препаратів, їх комбінації, дозування, тривалість прийому), сімейний та соціальний анамнез. Усне спілкування має бути коротким, конкретним і чітким
- Неврологічний статус: дозволяє визначитись з рівнем ураження – ЦНС чи ПНС. Наявність розсіяної дрібно осередкової або осередкової симптоматики із урахуванням анамнезу може вказувати на ураження нервової системи як орган-мішень.

Журнал «Перспективи та інновації науки»
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)
№ 8(42) 2024

- Когнітивний скринінг: когнітивні скринінгові тести, такі як mini-COG, MMSE, MOCa, для оцінки когнітивної функції пацієнта. Ці тести можуть допомогти виявити когнітивні порушення та створити основу для моніторингу змін з часом. Сама людина може не звертати уваги на зміни когніцій, а члени сім'ї можуть повідомити про раптову появу симптомів лише тому, що вони раптово розпізнали симптоми, що поступово розвиваються.
- Оцінки активності у повсякденному житті: проводиться за допомогою Брістольська шкали, BADL. Вона включає оцінку наступного: приготування та вживання їжі, приготування та вживання напоїв, одягання, умивання, чищення зубів, прийняття ванни/душу, користування туалетом, пересування, ходьба, орієнтація у часі та у місці, комунікацію, користування телефоном, робота по дому/саду, здатність робити покупки, розпоряджання фінансами, ігри/хобі, користування транспортом.
- Психіатричний статус: при поведінкових порушеннях, скринінгові тести на депресію (шкала HADS та інші).
- Соматичний статус (перевірка оборотних причин НКР): залежно від анамнезу проведення відповідних діагностичних тестів для виключення хвороб систем організму, патологія яких може сприяти появі симптомів схожих на симптоми НКР. Найчастіше це патологічні стани, що призводять до гострої чи хронічної гіпоксії, ішемії мозку (наприклад, середнього та значного ступеню важкості ХОЗЛ, ССН, порушення серцевого ритму, гіпотиреоз, загальні інфекції з впливом на ЦНС та інші). Починати діагностичний пошук потрібно з контролю таких простих показників, як АТ, ЧСС, SpO_2, що може виконувати сам пацієнт.
- Лабораторна та функціональна діагностика: лабораторні та функціональні тести проводяться відповідно скарг, анамнезу, клінічного перебігу патології тієї чи іншої системи, або з найбільш вірогідного патологічного процесу, результатів обов'язкового скринінгу (табл.2).
- Нейровізуалізація: МРТ або КТ головного мозку (залежно від анамнезу та клінічної картини) проводиться обов'язково для виключення нейродегенеративного прогресуючого типу КНР, оцінки структурних аномалій мозку, ішемічних змін або іншої патології (новоутворення первинні чи вторинні із залученням лобних часток мозку, наслідки ЧМТ, розсіяний склероз та інші).
- Консультація: після проведення певного діагностичного пошуку може бути виявлена патологія однієї чи декілька систем організму, що може потребувати оцінки відповідних спеціалістів. Доклавши спільних зусиль для виявлення оборотних причин деменції/НКР, лікарі можуть підвищити точність діагностики та забезпечити персоналізовану комплексну допомогу, спрямовану на усунення основних причин НКР.

- Моніторинг і повторна оцінка психоневрологічного, когнітивного статусу, активності у повсякденному житті, повторне проведення лабораторних, функціональних тестів або нейровізуалізації потрібні:

1) якщо причина когнітивних порушень залишається незрозумілою або якщо необхідне спеціалізоване обстеження;

2) для відстеження реакції пацієнта на втручання − періодичний перегляд та коригування плану діагностики та лікування за потреби на основі клінічного прогресу та новітніх розробок.

Висновки.

- НКР є складним патологічним станом в практиці лікарів різних фахів.
- Для лікарів первинного рівня медичної допомоги дана проблема має особливе значення з точки зору високої питомої ваги НКР у коморбідних пацієнтів.
- За допомогою цілеспрямованого скринінгу, ретельної оцінки історії хвороби, огляду ліків і відповідного діагностичного тестування можна вчасно диференціювати зворотні/вторинні нейрокогнітивні розлади із незворотними нейродегенеративними на ранніх стадіях, бо вони мають різні прогнози щодо лікувального ефекту та впливу на ступіть втрати побутової, соціальної, професійної активності пацієнта, що зумовлює його якість життя як психічного так і фізичного.
- Більшість зворотних нейрокогнітивних розладів можуть регресувати при забезпеченні персоналізованого комплексного лікування основної хвороби, якщо вчасно її діагностувати.
- Необхідне динамічне спостереження пацієнтів певних груп ризику розвитку нейрокогнітивних розладів із оцінкою когніцій за допомогою нейропсихологічного тестування та оцінки активності у повсякденному житті.

Література:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 736 (2016) (Україна) https://www.dec.gov.ua/mtd/demencziya/

2. Clinical Guidelines for Medical Respite Care: Dementia (2023). National Health Care for the Homeless Council. – Режим доступу: https://nimrc.org/wp-content/uploads/2023/04/Clinical-Guidelines-for-MRC_Dementia_2023.pdf

3. Стандарт медичної допомоги «Когнітивні та психологічні розлади після інсульту» Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1163 (2023) (Україна) https://www.dec.gov.ua/mtd/kognityvni-ta-psyhologichni-rozlady-pislya-insultu/

4. O'Shea P, Campos A, Sharma R, et al. (2024). Dementia. Reference article, Radiopaedia.org. (Accessed on 07 Aug 2024) – [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://doi.org/10.53347/rID-176360 Permalink: https://radiopaedia.org/articles/176360

5. Strategies for Diagnosing and Treating Reversible Dementia. (2024). – [Електронний ресурс] Режим доступу: https://www.qr8health.com/blog/reversing-cognitive-impairment.html (електр. ресурс)

6. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5-TR (2022). American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Psychiatry Online. – doi:10.1176/appi.books.9780890425787 http://dsm.psychiatryonline.org/ doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596

7. Han KM, Ham BJ. (2021). How Inflammation Affects the Brain in Depression: A Review of Functional and Structural MRI Studies. J Clin Neurol. 2021;17(4):503-515. doi:10.3988/jcn.2021.17.4.503

8. Huang Juebin (2023). Dementia. MSD Manual Professional Edition. Cognitive impairment, demented, senile, senility, confusion, confused, Alzheimer, Alzheimer's, Alzheimers, age-associated memory, neurodegenerative, neurocognitive, pseudodementia, MCI. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.msdmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/dementia.

9. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, et al. (2020). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. Int J Stroke. 2020;15(6):668-688. doi:10.1177/1747493019847334

10. Три виміри деменції: крок до порозуміння. Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія, Психотерапія». – 2021. – № 1(56). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://health-ua.com/multimedia/ userfiles/files/2021/Nevro_1_2021/Nevro_2021_1_str_35_36.pdf

11. International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10). WHO. – Режим доступу: https://www.who.int/publications/m/item/official-who-updates-combined-1996-2019-volume-1

References:

1. Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) ta paliatyvnoi medychnoi dopomohy. Dementsiia. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy №736 (2016) [Unified clinical protocol for primary, secondary (specialised), tertiary (highly specialised) and palliative care. Dementia. Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 736 (2016)] (n.d.)

www.dec.gov.ua Retrieved from https://www.dec.gov.ua/mtd/demencziya/ [in Ukrainian].

2. Clinical Guidelines for Medical Respite Care: Dementia (2023). National Health Care for the Homeless Council. Retrieved from https://nimrc.org/wp-content/uploads/2023/04/Clinical-Guidelines-for-MRC_Dementia_2023.pdf

3. Standart medychnoi dopomohy «Kohnityvni ta psykholohichni rozlady pislia insultu» Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy № 1163 (2023) [Standard of care "Cognitive and psychological disorders after stroke" Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 1163 (2023)] (n.d.) www.dec.gov.ua Retrieved from https://www.dec.gov.ua/mtd/kognityvni-ta-psyhologichni-rozlady-pislya-insultu/ [in Ukrainian].

4. O'Shea P, Campos A, Sharma R, et al. (2024). Dementia. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 07 Aug 2024). Retrieved from: https://doi.org/10.53347/rID-176360; Permalink: https://radiopaedia.org/articles/176360

5. Strategies for Diagnosing and Treating Reversible Dementia. (2024). Retrieved from: https://www.qr8health.com/blog/reversing-cognitive-impairment.html

6. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5- TR (2022). American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Psychiatry Online. doi:10.1176/appi.books.9780890425787 Retrieved from: http://dsm.psychiatryonline.org/ doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596

7. Han KM, Ham BJ. (2021). How Inflammation Affects the Brain in Depression: A Review of Functional and Structural MRI Studies. J Clin Neurol. 2021;17(4):503-515. doi:10.3988/jcn.2021.17.4.503

8. Huang Juebin. Dementia. MSD Manual Professional Edition. (2023). Cognitive impairment, demented, senile, senility, confusion, confused, Alzheimer, Alzheimer's, Alzheimers, age-associated memory, neurodegenerative, neurocognitive, pseudodementia, MCI. Retrieved from: https://www.msdmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/dementia. Web Page.

9. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, et al. (2020). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. Int J Stroke. 2020;15(6):668-688. doi:10.1177/1747493019847334

10. Try vymiry dementsii: krok do porozuminnia. [Three dimensions of dementia: a step towards understanding]. Tematychnyi nomer «Nevrolohiia, Psykhiatriia, Psykhoterapiia» (2021), № 1(56) Retrieved from https://health-ua.com/multimedia/ userfiles/files/2021/Nevro_1_2021/Nevro_2021_1_str_35_36.pdf [in Ukrainian].

11.International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10). WHO. Available from https://www.who.int/publications/m/item/official-who-updates-combined-1996-2019-volume-1