УДК 616.89-05-616.831-005.4-01

О. С. Орлова

АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЩОДО ВИЯВЛЕННЯ КОГНІТИВНИХ ТА АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ НА РАННІХ ЕТАПАХ МАНІФЕСТАЦІЇ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: когнітивні порушення, афективні порушення, деменція, рання діагностика

Важкі когнітивні порушення є неминучим супутником сучасного суспільства. За даними ВООЗ у світі на сьогодні налічується 35,6 мільйонів людей з деменцією, до того ж щорічно реєструються 7,7 мільйонів нових випадків захворювання. Фахівці стверджують, що частка загального населення з деменцією у віці 60 років і старше на будь-який момент часу становить від 2 до 8 осіб на кожні 100 чоловік. За прогнозами, загальна кількість людей з даною нозологією буде майже подвоюватися кожні 20 років і складе 65,7 мільйонів чоловік в 2030 році і 115,4 мільйонів – в 2050 році. Враховуючи, що формування деменції є тягарем як для самого пацієнта, так і для його родини і суспільства в цілому, у веденні пацієнтів з когнітивними порушеннями принципово важливою є рання діагностика з подальшою ранньою терапевтичною інтервенцією відповідно. Насамперед, це стосується когнітивних порушень, пов’язаних з потенційно курабельними станами, такими як депресія або дисметаболічні стани. Разом з тим на рівні первинної ланки медичної допомоги синдром когнітивних порушень діагностується недостатньо. Серед причин лікарі згадують недолік часу на прийомі, відсутність скарг пацієнта на порушення пам’яті, відсутність явних ознак деменції у пацієнта, а також стереотипна впевненість у некурабельності когнітивних порушень. Також, пропонуючи пройти обстеження когнітивних функцій, лікарі побоюються виникнення конфліктної ситуації з пацієнтом. У цілому це призводить до поглиблення когнітивного дефіциту в тій чи іншій мірі вираженості, який, залишившись без уваги, тим самим ускладнює надалі терапевтичні можливості при формуванні вже дементного процесу.

Незважаючи на це, згідно проведеного аналізу психічного здоров’я населення України за період 2008-2012 років [1] спостерігається тенденція до збільшення захворюваності як на важкі когнітивні, так і на афективні порушення. Дані, представлені у таблицях 1 та 2 ілюструють відповідне зростання показників. Так ми бачимо, що, якщо у 2008 році захворюваність на деменцію складала 6823 випадки, а в 2012 році – це було вже 7290. Те ж стосується і захворюваності на афективні непсихотичні розлади: в 2008 році вона складала 4039, а в 2012 році – 4120 випадків.

Аналіз поширеності розладів психіки та поведінки в Україні виявив тенденцію до збільшення кількості хворих із судинною деменцію (табл. 3) – якщо в 2008 році її показник становив 26805 випадків, то в 2012 році – вже складав 28072. Аналогічна тенденція спостерігається і при вивченні поширеності афективної патології (таблиця 4).

Таким чином, статистичні дані підтверджують важливість більш детального вивчення даної проблематики задля спрямованості на якомога продуктивнішу діагностичну тактику у допомозі людям середнього та похилого віку, для яких найбільш актуальними є саме когнітивні та афективні патологічні зміни.

Саме тому у світі на сучасному науковому етапі приділяється увага так званим «mild cognitive impairment» – м´яким когнітивним порушенням (або помірним когнітивним порушенням (ПКП) – в іншому перекладі).

Таблиця 1

Захворюваність на деменцію в Україні

Деменція, всі форми F00-F03				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
6823	6192	6784	6592	7290
На 100 тисяч населення				
14,77	13,47	14,82	14,5	16,04
Судинна деменція F01				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
4813	4531	4945	4655	5157
На 100 тисяч населення				
10,42	9,86	10,80	10,2	11,35

Таблиця 2

Захворюваність на афективні розлади в Україні

Афективні розлади F30-F39				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
5466	4629	4771	5060	4947
На 100 тисяч населення				
11,83	10,07	10,42	11,10	10,88
Афективні непсихотичні розлади				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
4039	3868	4056	4402	4120
На 100 тисяч населення				
8,74	8,42	8,86	9,65	9,06

Таблиця 3

Поширеність деменції в Україні

Деменція, всі форми F00-F03				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
53731	48805	49292	49362	50625
На 100 тисяч населення				
116,32	106,18	107,67	108,25	111,4
Судинна деменція F01				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
26805	26433	27025	26947	28072
На 100 тисяч населення				
58,03	57,51	59,03	59,10	61,8

Таблиця 4

Поширеність афективних розладів в Україні

Афективні розлади F30-F39				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
50520	50583	50568	51347	51968
На 100 тисяч населення				
109,37	110,05	110,45	112,61	114,3
Афективні непсихотичні розлади				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
30198	31514	31940	33132	33435
На 100 тисяч населення				
65,37	68,56	69,76	72,66	73,6

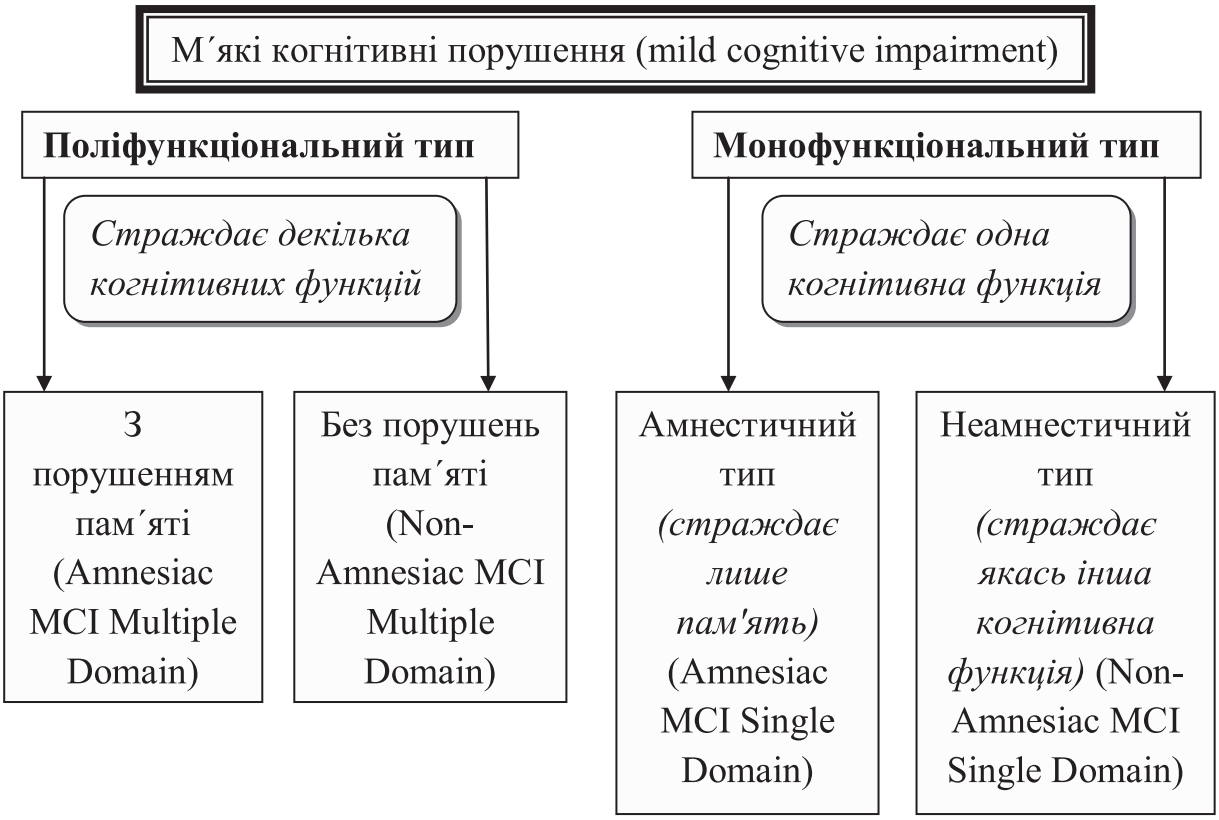

Рис. 1. Клінічні варіанти синдрому помірних (м´яких) когнітивних порушень
(Petersen R., Negash S., CNS Spectr. Vol 13, No 1. 2008.)

Тобто таким порушенням, які не досягли рівня деменції та ще мають можливості для зворотнього розвитку або призупинення.

Модифіковані діагностичні критерії ПКП (MCI - revised; R.Petersen, J.Touchon, 2005) [2] :

- скарги когнітивного характеру, висловлені пацієнтом та/або його найближчим оточенням (останнє переважніше);
- об’єктивні свідоцтва когнітивних розладів, отримані за допомогою нейропсихологічних тестів;
- свідоцтво прогресуючого зниження когнітивних функцій (протягом останнього року);
- відносне збереження повсякденної діяльності (можуть бути труднощі лише в складних і незвичних для пацієнта видах діяльності);
- відсутність деменції.

Виділяють чотири клінічні варіанти синдрому ПКП (рис. 1) [3; 4]:

1. Монофункціональне амнестичне ПКП. У клінічній картині домінують порушення пам’яті при відносній збереженості інших когнітивних функцій. Зазвичай відображає продромальний період хвороби Альцгеймера (ХА).

2. Поліфункціональне ПКП з наявністю порушень пам’яті. Відзначається множинна когнітивна недостатність, у тому числі порушення пам’яті. Як і попередній варіант, поліфункціональне ПКП з наявністю порушень пам’яті, як правило, трансформується з часом в деменцію Альцгеймерівського типу.

3. Поліфункціональне ПКП без порушень пам’яті. У цьому випадку страждає кілька когнітивних функцій (наприклад, праксис і регуляція довільної діяльності чи мова і гнозис та ін.), але функція пам’яті залишається збереженою. Вірогідність розвитку деменції типу Альцгеймера в цих випадках мала. Причиною ПКП слугує інша церебральна патологія.

4. Монофункціональне ПКП без порушень пам’яті. Страждає одна будь-яка когнітивна функція, але не пам’ять. Як і в попередньому варіанті, даний вид ПКП обумовлений іншою (неальцгеймерівскою) церебральною патологією. Так, для дисциркуляторної енцефалопатії найбільш характерна перевага в клінічній картині порушень регуляції довільної діяльності. При дегенеративному процесі з тільцями Леві початкові когнітивні розлади зазвичай проявляються порушеннями просторового праксису та/або гнозису. Лобно-скронева дегенерація, як правило, дебютує поведінковими і/або мовними розладами [5].

Виділення «mild cognitive impairment» як окремого стану, який може передувати деменції, насамперед ХА, розробка його діагностичних критеріїв виявились значним теоретичним і практичним кроком у дослідженні проблеми когнітивних порушень [6; 7; 8; 9]. Тим не менш, важливо розуміти, що це лише синдром, який треба намагатися осмислити в рамках окремих нозологій. Цей підхід недавно був реалізований групою фахівців, що запропонували перероблений варіант критеріїв діагностики ХА, згідно з яким певний варіант помірного когнітивного розладу при деяких додаткових умовах можна розглядати як ранню (продромальную) стадію ХА [10]. Аналогічний підхід справедливий і

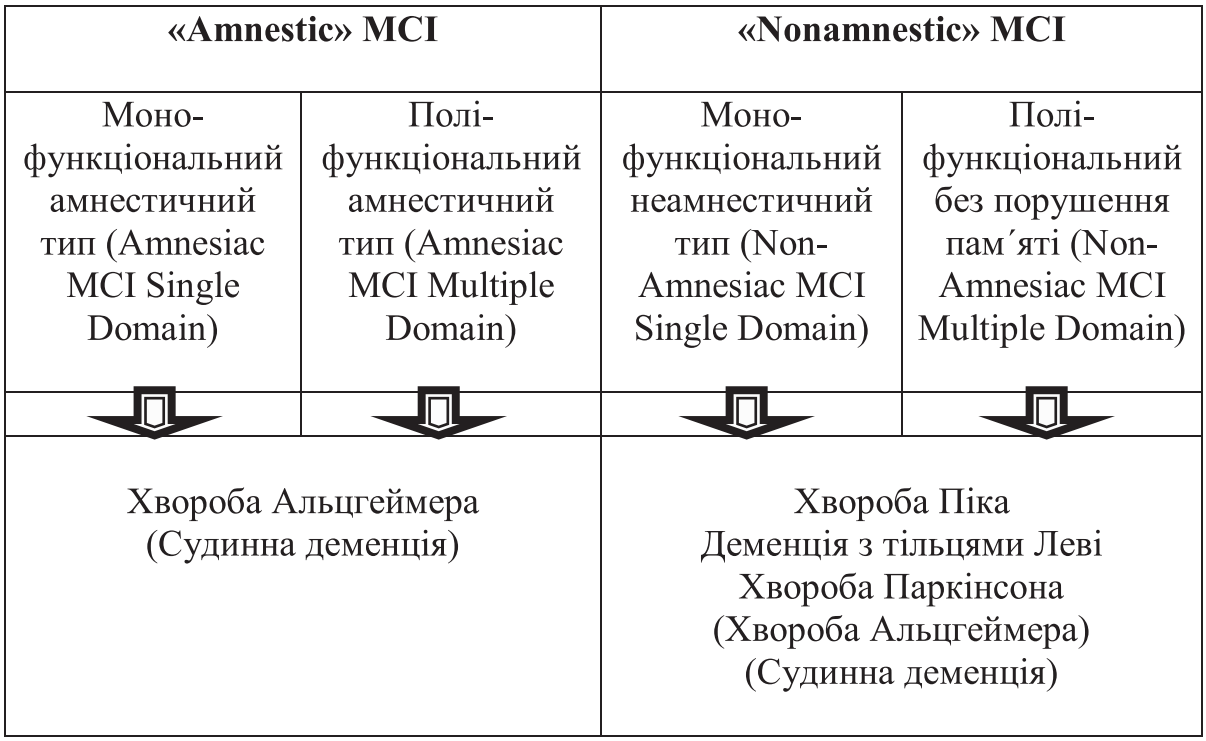

Рис. 2. Нозологічний прогноз м´яких когнітивних порушень

щодо помірного когнітивного розладу в рамках дисциркуляторної енцефалопатії. Необхідні лише більш чіткі критерії діагностики, які передбачали б не лише наявність судинних факторів ризику або ознак цереброваскулярного захворювання, але, можливо, і певний профіль когнітивних порушень.

На рис. 2 зображена найбільш значуща за результатами багатьох закордонних наукових досліджень прогностична картина когнітивних порушень.

Метою дослідження було вивчити ранні клінічні та доклінічні прояви когнітивних та афективних порушень у осіб середнього віку.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 65 пацієнтів двох неврологічних відділень міської клінічної лікарні № 4 міста Києва, з діагнозом дисциркуляторна енцефалопатія I–III ст. (відповідно до МКХ – 10: церебральний атеросклероз, гіпертонічна енцефалопатія). Віковий діапазон був від 45 до 59 років. Контрольна група складалася з 30 відносно здорових осіб. Для оцінки когнітивних і афективних порушень застосовувалися такі методики: Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій, тест малювання годинника, тест вербальних асоціацій, проба Шульте, госпітальна шкала депресії і тривоги, шкала Спілбергера-Ханіна, PHQ-9. Для оцінки якості життя – шкала SF-36.

Результати

Пацієнти висловлювали скарги на загальну слабкість (72,7%), порушення пам'яті та уваги (68,4%), апатію і сонливість (15,9%), тривогу (28,3%), порушення сну (42,8%).

За даними результатів проведеного нами дослідження порушення когнітивних функцій відзначалися у 74,2% хворих. У структурі когнітивного дефіциту у цих хворих переважали помірні (49,7%) і легкі (45,1%) розлади, рідше спостерігалися важкі когнітивні порушення (5,2%). У стані афективної сфери було виявлено наявність депресивного синдрому (в 15,3%). У легкому ступені депресивна симптоматика була відзначена в 75,6%, у помірному ступені – 24,4% , важкий ступінь діагностований не був.

Висновки

Результати дослідження достовірно показали, що у віці 45-60 років відбувається помітне формування когнітивного зниження. Враховуючи той факт, що легкі когнітивні порушення при наявності важкої супутньої соматичної патології та інших несприятливих факторів за короткий термін здатні прогресувати до більш глибокого рівня патологічних змін. Також, враховуючи, що помірні когнітивні розлади у 12–15% пацієнтів трансформуються в деменцію (за даними Захарова В. В. та Яхно Н. Н.). Представляється важливим початок терапевтичного процесу саме на додементному етапі. Подальший розвиток і впровадження методик ранньої діагностики когнітивних і афективних порушень у первинну медико-санітарну мережу дозволить оптимізувати медикаментозну інтервенцію і уповільнити темпи прогресування даних розладів.

Література:

1. *Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008-2012 рр. Київ. – 2013. – 202 с.*
2. *Petersen R.S., Touchon J. Consensus on mild cognitive impairment. Research and practice in AD [Text] / R. S. Petersen [et al.] // EADS-ADCS joint meeting. – 2005. – P. 24—32.*
3. *Petersen R. S., Smith G. E., Waring S. C. et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome [Text] / R. S. Petersen // Arch. Neurol. – 1999. – P. 303-308.*
4. *Petersen R. S., Doody R., Kurz A. et al. Current concepts in mild cognitive impairment [Text] / R.S. Petersen // Arch. Neurol. – 2001. – P. 1985—1992.*

5. *Захаров В. В. Диагностика и лечение когнитивных нарушений [Текст] / В.В. Захаров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009. - №2. – С. 14-17.*
6. *Гаврилова С. И. Мягкое когнитивное снижение – доклиническая стадия болезни Альцгеймера? [Текст] / С. И. Гаврилова // Consilium medicum. – 2004. – №2. – С. 153–156.*
7. *Дамулин И. В. Легкие когнитивные нарушения [Текст] / И. В. Дамулин // Consilium medicum. – 2004. – № 2. – С. 138–141.*
8. *Захаров В. В., Яхно Н. Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение [Текст] / В. В. Захаров // Русский медицинский журнал. – 2004. – №10. – С. 573–576.*
9. *Москаленко В. Ф., Волошин П. В., Петрошенко П. Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку [Текст] / В. Ф. Москаленко // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 1(26). — С. 5-7.*
10. *Gauthier S, Touchon J. Subclassification of mild cognitive impairment in research and in clinical practice [Text] / S. Gauthier // Alzheimer's Disease and Related Disorders Annual. – 2004. – P. 61–70.*

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КАСАЕМО ВЫЯВЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РАННИХ ЭТАПАХ МАНИФЕСТАЦИИ

О. С. Орлова

В статье представлены современные научные взгляды на проблему ранней диагностики начинающихся дементных процессов и часто сопутствующих им аффективных расстройств. Описаны клинические варианты мягкого когнитивного нарушения. А также представлены полученные данные собственного исследования.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, аффективные нарушения, деменция, ранняя диагностика

ANALYSIS OF THE DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF IDENTIFICATION OF COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS IN THE EARLY STAGES OF THE MANIFESTATION

O. S. Orlova

The article presents the current scientific views on the problem of early diagnosis of dementia processes beginning and often concomitant affective disorders. Describes the clinical variants of mild cognitive disorders. And also shows the own research findings.

Key words: cognitive disorders, affective disorders, dementia, early diagnosis