

УДК 616.89 008.454/.47

Діагностичні критерії когнітивних порушень та методи їх корекції

■ Свиридова Н.К.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Резюме

Згідно з даними досліджень 2019 року з діагностики та лікування деменції та легких когнітивних порушень у хворих з цереброваскулярними захворюваннями, доведено, що в 2018 році кількість людей у всьому світі, які страждають на деменцію, склала 50 мільйонів і до кінця 2030 року зросте до 82 мільйонів. У країнах з високим рівнем доходу поширеність деменції складає 5–10% серед населення у віці 65 років і старше, та очікується, що до 2050 року в країнах з низьким і середнім рівнем доходу буде зареєстровано 68% випадків деменції. Найбільш вагомим і незалежним чинником ризику розвитку когнітивних розладів є літній і старечий вік, коли головний мозок зазнає ряду фізіологічних та патологічних змін. Однак, вирішальне значення має декомпенсація субклінічного прояву дегенеративного процесу, що розвинувся в результаті лакунарних інфарктів і/або прогресування лейкоареозу. При розробці стратегії ведення пацієнтів з когнітивними порушеннями, слід звернути увагу на супутню соматичну патологію, наявність хронічної або коморбідної патології. Слід зазначити, що в рекомендаціях «Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology» (2017) зазначено важливість використання Гінго білоби, з високим рівнем доказовості при багатьох захворюваннях.

Ключові слова: когнітивні порушення, класифікація когнітивних порушень, діагностика когнітивних порушень, лікування когнітивних порушень Гінго білоба, Вазавітал.

Згідно з даними досліджень 2019 року з діагностики та лікування деменції та легких когнітивних порушень у хворих з цереброваскулярними захворюваннями [1, 2], доведено, що в 2018

році кількість людей у всьому світі, які страждають на деменцію, склала 50 мільйонів і до кінця 2030 року зросте до 82 мільйонів.

У країнах з високим рівнем доходу поширеність деменції складає 5–10% серед населення у віці 65 років і старше, та очікується, що до 2050 року в країнах з низьким і середнім рівнем доходу буде зареєстровано 68% випадків деменції. Сьогодні встановлено, що легкі когнітивні порушення – це нейрокогнітивний стан, клінічні характеристики якого включають порушення між нормальним когнітивним старінням і деменцією, що може бути раннім проявом і фактором ризику для хвороби Альцгеймера або інших нейродегенеративних розладів.

Доведено, що когнітивні порушення є одним з найбільш ранніх і чутливих індикаторів судинного ураження головного мозку або наслідком хронічної ішемії мозку, або повторних інсультів. Порушення когнітивних функцій істотно знижують якість життя пацієнтів, негативно впливають на професійну діяльність, знижують здатність до навчання, придбання нових знань і навичок, викликають реактивні і емоційні розлади, змушуючи змінювати звичний уклад життя та, в ряді випадків, припиняти або зменшувати професійну діяльність [1, 3, 5].

Найбільш вагомим і незалежним чинником ризику розвитку когнітивних розладів є літній і старечий вік, коли головний мозок зазнає ряду фізіологічних та патологічних змін (змінюється активність дофамінергічної, норадренергічної, ацетилхолінергічної та інших нейротрансмітерних систем, знижується нейрональна пластичність, що призводить до зниження компенсаторних можливостей головного мозку). Однак, вирішальне значення має декомпенсація субклінічного прояву дегенеративного процесу, що розвинувся в результаті лакунарних інфарктів і/або прогресування лейкоареозу. За даними дослідження LADIS (європейське дослідження взаємозв'язку лейкоареозу та інвалідності – leucoaraiosis and disability study), доведено статистичний зв'язок між цукровим діабетом і атрофією медіальних відділів скроневих часток головного мозку, що є характерним маркером прогресування нейродегенеративного процесу. Гіперліпідемія та абдомінальне ожиріння також

збільшують ризик розвитку когнітивних розладів, особливо при поєднанні з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом [1, 6, 7].

Клінічна характеристика когнітивних порушень

Когнітивні порушення поділяються на легкі, помірні та порушення з розвитком судинної або змішаної деменції.

Легкі когнітивні порушення. У патогенезі легких когнітивних порушень важливу роль відіграють показники, пов'язані зі старінням: природне послаблення уваги, зниження короткочасної пам'яті, дисрегуляторні порушення. Чіткого розмежування внеску захворювань, асоційованих з віком, в формування когнітивної недостатності в похилому віці немає, оскільки багатофакторна етіологія патологічного стану вимагає уточнення при комплексному клінічному обстеженні.

Критерії діагнозу «вікова когнітивна дисфункція» включають:

- 1) Когнітивні порушення за скаргами пацієнта або його найближчого оточення
 - 2) Поступовий розвиток порушень та їх наявність протягом мінімум 6 місяців, без епізодів різкого погіршення за цей час.
 - 3) Порушення в одній з наступних сфер: пам'ять, увага, мислення, мова, зір – просторове орієнтування.
 - 4) Результати нейропсихологічних тестів мінімум на 1 стандартне відхилення нижче норми, що розроблена для даної вікової групи.
 - 5) Критерії виключення: відповідність критеріям діагнозу помірною когнітивного розладу за МКБ – 10 [4]; наявність соматичної патології, що здатна привести до когнітивних порушень; органічна патологія головного мозку; виражені емоційні та поведінкові розлади: депресія, тривога, делірій, вживання психоактивних речовин.
- Особливо увагу рекомендовано приділяти діагностиці та критеріям легких когнітивних порушень (Яхно Н.Н., 2005) [5].

До діагностичних критеріїв легких когнітивних порушень відносять:

- 1) Скарги на зниження пам'яті або розумової працездатності, висловлені самостійно або при активних запитах лікаря.
- 2) Легкі когнітивні порушення переважно нейродинамічного характеру, що виявлені при нейропсихологічному дослідженні.
- 3) Відсутність когнітивних порушень за результатами скринінгових шкал деменції – результат короткої шкали психічного статусу не менше 28 балів.
- 4) 2 стадія за загальною шкалою порушень (Global deterioration rating-GDS).
- 5) Відсутність порушень повсякденної активності, в тому числі найбільш складних її форм.
- 6) Відсутність помірних когнітивних порушень.

Помірні когнітивні порушення.

Під цим терміном прийнято розуміти порушення пам'яті та інших вищих мозкових функцій, які виходять за рамки вікової норми, але не викликають соціальну дезадаптацію пацієнта. Згідно з МКБ-10 [4], для діагностики помірних когнітивних порушень важливі критерії: наявність зниження пам'яті, уваги і здатності до навчання; суб'єктивні скарги на підвищену стомлюваність при розумовій роботі; відсутність зв'язку когнітивних порушень з потьмаренням свідомості, відсутність деменції, органічна природа когнітивних розладів.

Клінічна картина синдрому помірних когнітивних порушень визначається нозологічною формою, що лежить в основі когнітивних порушень:

- 1) амнестичний варіант (превалюють порушення пам'яті на поточні події, в подальшому розвивається розгорнута картина хвороби Альцгеймера);
- 2) когнітивні порушення з множинною когнітивною недостатністю (характеризуються наявністю поєданого ураження кількох когнітивних функцій, що відзначається на початкових стадіях артеріальної гіпертензії, при хворобі Альцгеймера або фронто-темпоральній дегенерації);
- 3) когнітивні порушення з порушенням однієї з когнітивних функцій при збереженні пам'яті, можливі варіанти даного синдрому з переважанням порушень мови або праксису; цей тип може відзначатися на ранніх стадіях нейродегенеративних захворювань (при первинно – прогресуючій афазії, деменції з тільцями Леві).

Модифіковані діагностичні критерії синдрому помірних когнітивних порушень включають:

- 1) Когнітивні порушення, що визначаються зі слів пацієнта і/або його найближчого оточення
- 2) Свідчення зниження когнітивних здібностей порівняно з вихідним більш високим рівнем, що отримані від пацієнта та/або його найближчого оточення
- 3) Об'єктивні свідчення порушень пам'яті та/або інших когнітивних функцій, отримані за допомогою нейропсихологічних тестів
- 4) Немає порушень щодо звичних для пацієнта форм повсякденної активності, однак, можуть відзначатися помірні порушення складних видів діяльності
- 5) Відсутність деменції

Тяжкі когнітивні порушення (деменція)

Відповідно до рекомендацій міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10), діагноз деменції правомочний в тих випадках, коли у пацієнта розвивається стійке, в порівнянні з колишнім рівнем, зниження мнестичних та інших когнітивних здібностей.

До критеріїв деменції за показниками DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) відносять:

А. Порушення пам'яті (короткочасної та довготривалої).

В. Порушення принаймні ще однієї з наступних когнітивних функцій: праксису, гнозису, мови, здатності до узагальнення, регуляції довільної діяльності.

С. Труднощі в професійній сфері або проблеми взаємодії в суспільстві в результаті когнітивних розладів.

Д. Збереження свідомості.

Е. Наявність органічного захворювання головного мозку, яке зумовлює критерії А і В.

Діагностичний алгоритм когнітивних порушень

При проведенні діагностики когнітивних порушень на ранніх стадіях розвитку (наприклад, на стадії легких когнітивних розладів) та наявності комбінування цереброваскулярних і серцево-судинних захворювань є певні складнощі, оскільки для об'єктивізації когнітивних порушень використовуються нейропсихологічні методи дослідження: шкала Хачинського, батарея дослідження функції лобової частки (FAB – frontal assessment battery); коротка шкала дослідження психічного статусу (Mini-Mental State Examination – MMSE); Монреальська шкала оцінки когнітивних здібностей (MoCA), тест малювання годин та інші шкали. Найбільш простими і часто рекомендованими тестами є тести на запам'ятовування і відтворення смислових фрагментів, тести на зорову пам'ять та тест запам'ятовування «5 слів».

Тест запам'ятовування «5 слів», згідно з інструкцією, складається з декількох частин:

1) Пред'явлення матеріалу. Пацієнту дається список із 5 слів, написаних в стовпчик (лимонад – блюдо – вантажівка – кінотеатр – комаха) і така інструкція: «Будь ласка, прочитайте вголос ці слова і постарайтеся запам'ятати їх; пізніше я запитаю Вас». Після прочитання, чи не забираючи списку, пацієнта просять: «Знайдіть у цьому списку назву напою ... посуду ... транспортного засобу ... будівлі ...».

2) Безпосереднє відтворення. Потім лікар забирає у пацієнта список слів і просить: «Пригадайте, будь ласка, слова, які Ви тільки що читали». Якщо пацієнт не може пригадати якийсь слово (і тільки в цьому випадку), дається підказка: «А який був напій? або посуд?» та інші назви відповідних семантичних категорій. За кожне правильно відтворене слово, з підказкою або без, дається 1 бал (максимально – 5 балів).

3) Оцінка тесту відтворення. Сумарна оцінка за безпосереднє відтворення, що дорівнює 5 балам, свідчить про адекватне заучування слів. Після цього можна переходити до тестування пам'яті, тобто до дослідження відстроченого відтворення. Якщо пацієнт згадав менше 5 слів, йому знову дається список слів і лікар звертає

увагу пацієнта на пропущені слова (наприклад, таким чином: «з напоїв був лимонад» і ін.). Потім забирають список знову і просять пацієнта повторити пропущені слова, використовуючи відповідні підказки («Так що ж було з напоїв? ...?» та ін.). Мета тесту – переконатися в тому, що представлені слова засвоєні адекватно.

4) Інтерферуюче завдання. Мета – відволікти увагу пацієнта на достатній проміжок часу (від 3 до 5 хвилин). У цей час може проводитись тест малювання годин, інші нейропсихологічні тести, крім тестів на пам'ять.

5) Відстрочене відтворення – після виконання інтерферуючого завдання, пацієнта просять: «Тепер давайте знову згадаємо ті 5 слів, які ми з Вами вчили». Якщо пацієнт не може згадати будь-яке слово – тільки в цьому випадку дається підказка: «А що було з ...?» (відповідна категорія). Як і при дослідженні безпосереднього відтворення, за кожне правильно відтворене слово, з підказкою або без неї, дається один бал, максимум – 5 балів.

б) Інтерпретація результатів.

а) В сумарний результат тесту входить складання результату сумарних оцінок безпосереднього і відстроченого відтворення. Максимально він може скласти 10 балів.

б) Результат тесту менше 9 балів високо специфічний для хвороби Альцгеймера.

в) Тест «5 слів» має низьку чутливість до легких і помірних когнітивних порушень, а також важких когнітивних порушень, не пов'язаних з хворобою Альцгеймера. Для підвищення чутливості методу іноді подовжують список слів до 7 і навіть до 12.

Ще одним із тестів для оцінки когнітивних порушень є «**тест запам'ятовування 10 слів за методикою А. Лурія**», який складається з декількох складових частин:

1) Проведення тесту: пацієнту пропонується на слух запам'ятати 10 односкладових і двоскладових слів (слова прості, різноманітні і не мають між собою ніякого смислового зв'язку): «Зараз я прочитаю 10 слів. Слухайте уважно, а потім повторіть слова, скільки запам'ятаєте. Будинок, ліс, кіт, голка, брат, ніч, міст, вікно, кінь, стіл». Пацієнт повторює слова, а дослідник фіксує їх. Потім завдання повторюється: «Зараз я знову прочитаю ті ж слова, і Ви знову повинні повторити їх: і ті, які Ви називали, і ті, які ще запам'ятаєте». Завдання повторюється 3–5 разів, до того часу, поки пацієнт не назве всі слова. Перевірка пам'яті має проводитися в тиші, не повинно бути ніяких сторонніх розмов.

2) Інтерпретація результатів: підраховується кількість правильно відтворених слів у кожному повторі. Кількість правильно відтворених з першого разу слів показує обсяг пам'яті, а число повторень, необхідних для запам'ятовування всього ряду, говорить про швидкість запам'ятовування. Здорові індивідууми запам'ятовують з першого разу 4–5 слів, а всі 10 слів в середньому через 3–5 повторів, 8-9 слів також норма. Можна скласти

«криву запам'ятовування». По вертикалі відкладається число відтворених слів, по горизонталі – номери повторів 10 слів. У нормі крива запам'ятовування йде вгору, а ось зворотне явище говорить про швидке виснаження (астенію) пам'яті пацієнта і порушення її діяльності. Якщо попросити пацієнта повторити слова через півгодини, то результати будуть свідчити про обсяг довготривалої пам'яті (хороший результат: 5-7 слів). Гострота пам'яті значно залежить від того, чи розуміє пацієнт сенс того, що запам'ятовує.

Ще одним із найбільш важливих тестів для оцінки когнітивних порушень є «батарея нейропсихологічних тестів», яка включає дослідження уваги, короткострокової та довгострокової пам'яті (мовна та зорова), візуально-просторової орієнтації, мови (розуміння синтаксису, значення слів, швидкість усного та письмового мовлення (Frontal Assessment Battery – FAB).

«Батарея нейропсихологічних тестів» складається із наступних часток:

1) **Концептуалізація.** Пацієнта запитують: «Що спільного між яблуком і грушою?» Правильною вважають відповідь, що містить категоріальне узагальнення («Це фрукти»). Якщо хворий не може або дає іншу відповідь, йому кажуть правильну відповідь. Кожне категоріальне узагальнення оцінюється в 1 бал (максимальний бал – 3, мінімальний – 0).

2) **Швидкість мови.** Просять закрити очі та протягом хвилини називати слова на букву «З». При цьому імена власні не зараховуються. Результат: більше 9 слів за хвилину – 3 бали, від 7 до 9 – 2 бали, від 4 до 6 – 1 бал, менше 4 – 0 балів.

3) **Динамічний праксис.** Хворому пропонується повторити за лікарем однією рукою серію з трьох рухів: кулак (ставиться горизонтально, паралельно поверхні стола) – ребро (кисть ставиться вертикально на медіальний край) – долоню (кисть ставиться горизонтально, долонею вниз). При першому пред'явленні серії рухів хворий тільки стежить за лікарем, при другому пред'явленні – повторює рухи лікаря, а наступні дві серії робить самостійно. При самостійному виконанні підказки хворому недопустимі. Результат: правильне виконання трьох серій рухів – 3 бали, двох серій – 2 бали, однієї серії (спільно з лікарем) – 1 бал.

4) **Проста реакція вибору.** Дається інструкція: «Зараз я перевірю Вашу увагу. Ми будемо вистукувати ритм. Якщо я вдарю один раз, Ви повинні вдарити два рази поспіль. Якщо я вдарю два рази поспіль, Ви повинні вдарити тільки один раз». Вистукувати наступний ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оцінка результату: правильне виконання – 3 бали, не більше 2 помилок – 2 бали, багато помилок – 1 бал, відсутність повторення ритму за лікарем – 0 балів.

5) **Ускладнена реакція вибору.** Дається інструкція: «Тепер, якщо я вдарю один раз, то Ви нічого не повинні робити. Якщо я вдарю два рази поспіль, Ви повинні вдарити тільки один раз».

Вистукувати ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оцінка результату аналогічно п. 4.

6) **Дослідження хапальний рефлексів.** Хворий сидить, його просять покласти руки на коліна долонями вгору і перевіряють хапальний рефлекс. Відсутність хапального рефлексу оцінюється в 3 бали. Якщо хворий запитує, чи повинен він схопити, ставиться оцінка 2. Якщо хворий хапає, йому дається інструкція не робити цього і хапальний рефлекс перевіряється повторно. Якщо при повторному дослідженні рефлекс відсутній – ставиться 1, в іншому випадку – 0 балів.

7) **Інтерпретація результатів.** Максимально в цьому тесті можна набрати 18 балів, що відповідає найвищим когнітивним здібностям. Чим менше результат тесту, тим більш виражений когнітивний дефіцит. За даними різних дослідників, результати тесту можуть мати значення: 17-18 балів – норма; 12-16 балів – легкі когнітивні порушення; 11 балів і менше – деменція лобового типу. Має значення зіставлення результату FAB і MMSE.

Про лобову деменцію говорить вкрай низький результат FAB (менше 11 балів) при відносно високому результаті MMSE (24 і більше балів). При деменції за типом Альцгеймера легкого ступеня, навпаки, знижується насамперед показник MMSE (20-24 бали), а показник FAB залишається максимальним або зменшується незначно (більше 11 балів). При помірній та тяжкій деменції за типом Альцгеймера знижується як показник MMSE, так і показник FAB.

Слід зазначити, що при оцінці результатів найбільш поширеного тесту MMSE, значення надається нездатності згадати хоча б одне слово, або навіть три слова, перевірка виконавчих функцій. Однак при використанні цього методу слід мати на увазі, що його результати сильно варіюють в залежності від рівня освіти, етнічної приналежності та соціального статусу обстежуваних. Крім того, чутливість MMSE до віку в діапазоні 30-60 років для здорових осіб низька.

При аналізі результатів дослідження розумової працездатності та психічного темпу (тест «таблиць Шульте») слід пам'ятати, що з віком змінюється продуктивність інтелектуальної діяльності, стратегія переробки інформації, зокрема, співвідношення між стратегіями вичерпного пошуку та пошуку, що проявляється в зміні середньої тривалості окремих операцій аналізу інформації. Тому важливо при оцінці когнітивних порушень враховувати не тільки точність виконання тестових завдань, а й час, що витрачається на виконання окремих операцій.

Прогресуючий характер когнітивних порушень є показанням для проведення нейровізуалізації: комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії головного мозку. Нейровізуалізація дозволяє виключити інші причини когнітивних порушень, наприклад, пухлину головного мозку або нормотензивну гідроцефалію, хворобу Альцгеймера (характерна наявність атрофії скроневих часток і гіпокампу).

Особливості лікування когнітивних порушень.

При розробці стратегії ведення пацієнтів з когнітивними порушеннями, слід звернути увагу на супутню соматичну патологію, наявність хронічної або коморбідної патології. Найбільш несприятливий вплив на когнітивні функції мають: гіпотиреоз, В12-дефіцитний стан, захворювання печінки та нирок, хронічні обструктивні захворювання легень, хронічна серцева недостатність, тривале застосування психоактивних препаратів. У всіх випадках вперше діагностованих когнітивних розладів слід проводити лабораторний скринінг поширених метаболічних порушень.

Доведено взаємозв'язок між когнітивними та емоційними порушеннями, який може набувати причинно-наслідкового характеру. Іноді когнітивні й емоційні розлади не пов'язані причинно-наслідковими зв'язками, але об'єднані загальним психофізіологічним субстратом, що спостерігається, наприклад, при дисфункції лобових часток головного мозку. У будь-якому випадку, наявність емоційних порушень вимагає фармакологічної корекції. При когнітивних порушеннях, що не досягають виразності деменції, доцільно проведення вазоактивної та нейрометаболическої терапії.

Особливий інтерес серед препаратів, що застосовуються при когнітивних порушеннях та деменції, викликає екстракт Гінкго білоба (Ginkgo biloba). Доведено в рандомізованому, подвійному сліпому, плацебо-контрольованому дослідженні Gschwind, Y.J. (2017), що Ginkgo biloba впливає на поліпшення активності ходи у пацієнтів з когнітивними порушеннями [9]. Люди похилого віку з повільною швидкістю ходи мають більш високі показники загальної захворюваності та смертності, ніж люди того ж віку з нормальною швидкістю ходи. Ефективність Ginkgo biloba було переконливо продемонстровано, відзначено меншу кількість побічних ефектів в підгрупі пацієнтів з хворобою Альцгеймера, а також меншу кількість випадків запаморочення, шуму у вухах, стенокардії та головного болю [8, 9].

Згідно з даними консенсусу Британської асоціації з психофармакології в клінічній практиці

по антидементивним препаратам [2], мемантин та інгібітори холінестерази не завжди можуть використовуватися при рекомендованих станах (табл. 1).

Слід також зазначити, що в рекомендаціях «Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology» (2017) зазначено важливість використання **Гінкго білоба з високим рівнем доказовості при багатьох захворюваннях**, що наведені в табл. 2.

Серед вітчизняних лікарських засобів, що містять стандартизований екстракт Гінкго білоба (EGb 740), добре зарекомендував себе препарат Вазавітал®. До складу Вазавітала® входить: сухий екстракт гінкго білоба, обніжжя бджолине (квітковий пилок) і комплекс вітамінів з нейротропною та вазопротекторною дією. 1 капсула Вазавітала® містить сухого екстракту гінкго білоба 40 мг, обніжжя бджолиного (квіткового пилку) 60 мг, рутину (вітаміну Р) 20 мг, аскорбінової кислоти (вітаміну С) 30 мг, ніотинової кислоти (вітаміну РР) 17 мг, тіаміну гідрохлориду (вітаміну В₁) 1 мг, рибофлавіну (вітаміну В₂) 1 мг, піридоксину гідрохлориду (вітаміну В₆) 1 мг.

Активними діючими компонентами Гінкго білоба є флавонові глікозиди і терпени – гінколіди і білобаліди, а також проантоціанідини та органічні кислоти, які зумовлюють підвищену біодоступність компонентів та збільшують специфічну активність препарату Вазавітал®. В основі фармакологічної дії екстракту листків гінкго білоба, що є головною складовою цього комбінованого засобу, лежить здатність пригнічувати процеси вільнорадикального окиснення, що є важливим фактором ушкодження тканини мозку при ішемії та гіпоксії. Завдяки наявності гінкго білоба, Вазавітал® – впливає на утворення вазоактивних медіаторів та медіаторів запалення, що зумовлює його здатність покращувати кровообіг, чинити протинабрякову та венотонічну дію. Препарат знижує ризик тромбоутворення, нормалізує процеси клітинного обміну, збільшує вміст

Таблиця 1

Рекомендації консенсусу британської асоціації з психофармакології по антидементивним препаратам

Препарати	Покази	Рівень доказовості
Інгібітори холінестерази (донепезіл, ривастигмін, галантамін)	При лобно-скроневій деменції і може викликати збудження	<i>рівень доказовості А</i>
Мемантин та інгібітори холінестерази	Для лікування деменції з тільцями Леві (хвороба Паркінсона з деменцією і деменція з тільцями Леві)	<i>рівень доказовості А</i>
Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну	Можуть допомогти при поведінковій активності, але не когнітивній дисфункції	<i>рівень доказовості В</i>
Багатофакторні втручання мають потенціал запобігання або відстрочки настання деменції		<i>рівень доказовості А</i>

Рекомендації «Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology» (2017)

Захворювання	Екстракт Гінкго білоба	Рівень доказовості
<p>Хвороба Альцгеймера: інгібітор холінергази, мемантин, гінкго білоба</p> <p>Судинна деменція: інгібітор холінергази, мемантин, гінкго білоба, антиагрегантна терапія</p> <p>Поведінкові і психологічні симптоми деменції: інгібітор холінергази, нефармакологічне лікування, антипсихотики, мемантин, селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну, седативні засоби та гінкго білоба</p>	Доповнюють стандартну фармакологічну терапію при хворобі Альцгеймера, судинній деменції, поведінкових і психологічних симптомах деменції: психосоціальні втручання, когнітивно-поведінкова терапія, вітаміни групи В, фолієва кислота, Гінкго білоба	Клас 1, рівень доказовості А

АТФ у корі головного мозку, позитивно впливає на обмін дофаміну та норадреналіну, а також на холінергічну передачу. Покращує кровозабезпечення тканин завдяки регулюючому впливу на кровотік в артеріях, капілярах та венах.

Обніжжя бджолине (квітковий пилок) містить біологічно активні речовини (незамінні амінокислоти, ненасичені жирні кислоти), що необхідні для регенерації клітин. Квітковий пилок чинить протисклеротичну дію, знижує вміст холестерину в крові та виводить його з організму. Домінуючі у складі пилку рутин та кверцетин покращують еластичність кров'яних капілярів та їх проникність. Флавоноїди також чинять помірну антигістамінну, антиоксидантну та детоксикуючу дію.

Аскорбінова кислота (вітамін С). Нормалізує проникність капілярів, сприяє підвищенню захисних функцій організму, запобігає утворенню тромбів, сприяє насиченню тканин киснем.

Нікотинова кислота (вітамін РР). Бере участь у реакціях енергетичного обміну організму.

Тіаміну гідрохлорид (вітамін В₁). Відіграє першочергову роль в оптимальній утилізації вуглеводів, які є основним джерелом енергії, регулює функцію периферичної нервової системи.

Рибофлавін (вітамін В₂). Бере участь у процесах росту, впливає на зір, стан шкіри, його активні фосфорильовані форми беруть участь у регулюванні окиснювально-відновлювальних процесів.

Піридоксину гідрохлорид (вітамін В₆). Необхідний для засвоєння білків та жирів, сприяє утворенню еритроцитів, регулює стан нервової системи.

Рутин (вітамін Р). Ангіопротектор, зменшує підвищену проникність капілярів, укріплює судинну стінку, зменшує її набряк та запалення. Чинить антиагрегантну дію, чим покращує мікроциркуляцію, затримує розвиток діабетичної ретинопатії.

Вазавітал® призначають дорослим для профілактики та у комплексному лікуванні: дисциркуляторної енцефалопатії з порушеннями уваги, пам'яті, сприйняття, зниженням інтелектуальної спроможності (тобто за наявності когнітивної дисфункції

легкого, помірного ступеня або деменції); при початковій стадії хвороби Альцгеймера; для лікування нейросенсорних порушень: кохлеовестибулярний синдром (шум у вухах, гіпоакузія, запаморочення); діабетичної ретинопатії; артеріопатії нижніх кінцівок (біль при ходьбі, трофічні порушення); синдрому Рейно. Дорослим Вазавітал® призначають по 1 капсулі 3 рази на добу, під час вживання їжі. Курс лікування визначається індивідуально і зазвичай становить 1–3 місяці 2 рази на рік. Початок терапевтичного ефекту настає через 7 днів лікування. Найбільш виражений ефект спостерігається через 3 тижні після прийому препарату.

Таким чином, оптимальна когнітивна функція, в тому числі з точки зору уваги, просторової/робочої пам'яті і виконавчої функції, є невід'ємною частиною максимальної продуктивності людини. Доказів прямого впливу на когнітивну дисфункцію в даний час порівняно недостатньо, проте, переваги Гінкго білоба достовірно доведено численними багатоцентровими дослідженнями. Це дозволяє рекомендувати препарати, що містять гінкго білоба (зокрема, Вазавітал®) в довгостроковій перспективі лікування когнітивних порушень різного ступеня вираженості.

Література

1. CLINICAL GUIDELINES: Treatment of dementia and mild cognitive impairment with or without cerebrovascular disease: Expert consensus on the use of Ginkgo biloba extract, EGb 761® Nagaendran Kandiah Paulus Anam Ong Turana Yuda Li-Ling Ng Kaysar Mamun Reshma Aziz Merchant Christopher Chen Jacqueline Dominguez First published: 15 January 2019
2. Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology Show all authors John T O'Brien, Clive Holmes, Matthew Jones, First Published February 1, 2017

3. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. – М., 2005. – С. 8–17.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. (МКБ-10). – Женева, 2005.
5. Kessels RPC, Molleman PW, Oosterman JM. Assessment of working memory deficits in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia using Wechsler's Working Memory Index. *Aging Clin Exp Res* 2011;23:487-490.
6. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7:263-269.
7. De Pontes Nobre A, De Carvalho Rodrigues J, Burges Sbicigo J, Da Rosa Piccolo L, Zorzea M, Duarte S Jr, Fumagalli de Salles J. Tasks for assessment of the episodic buffer: a systematic review. *Psychol Neurosci* 2013; 6:331-343.
8. An overview of systematic reviews of ginkgo biloba extracts for mild cognitive impairment and dementia. Hong-Feng Zhang, Li-Bo Huang, Yan-Biao Zhong, Qi-Hui Zhou, Hui-Lin Wang, Guo-Qing Zheng, Yan Lin. *Front Aging Neurosci*. 2016; 8: 276
9. Gschwind, Y.J., Bridenbaugh, S.A., Reinhard, S. et al. *Aging Clin Exp Res* (2017). Ginkgo biloba special extract LI 1370 improves dual-task walking in patients with MCI: a randomised, double-blind, placebo-controlled exploratory study

Диагностические критерии когнитивных нарушений и методы их коррекции

Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и рефлексотерапии НМАПО имени П.Л. Шупика

Резюме

Согласно данным исследований 2019 г. по диагностике и лечению деменции и легких когнитивных нарушений у больных с цереброваскулярными заболеваниями, доказано, что в 2018 году количество людей во всем мире, страдающих деменцией, составило 50 млн и до конца 2030 года возрастет до 82 миллионов. В странах с высоким уровнем дохода распространенность деменции составляет 5–10% среди населения в возрасте 65 лет и старше, и ожидается, что к 2050 году в странах с низким и средним уровнем дохода будет зарегистрировано 68% случаев деменции. Наиболее весомым и независимым фактором риска развития когнитивных расстройств является пожилой и старческий возраст, когда мозг претерпевает ряд физиологических и патологических изменений. Однако, решающее значение имеет декомпенсация

субклинического проявления дегенеративного процесса, развившегося в результате лакунарных инфарктов и/или прогрессирования лейкоареоза. При разработке стратегии ведения пациентов с когнитивными нарушениями, следует обратить внимание на сопутствующую соматическую патологию, наличие хронической или коморбидной патологии. Следует отметить, что в рекомендациях «Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology» (2017) подчеркнута важность использования Гинкго билоба, с высоким уровнем доказательности при многих заболеваниях.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, классификация когнитивных нарушений, диагностика когнитивных нарушений, лечение когнитивных нарушений Гинкго билоба, Вазавитал.

Diagnostic criteria for cognitive impairment and methods of their correction

Svyrydova N.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Resume

According to 2019 studies on the diagnosis and treatment of dementia and mild cognitive impairment in patients with cerebrovascular disease, it has been shown that in 2018, the number of people worldwide dementia was 50 million and will increase to 82 million by the end of 2030. In high-income countries, dementia accounts for 5–10% of the population aged 65 and over and is expected to account for 68% of dementia cases by 2050 in low and middle income countries. The most important and independent factor of the risk of developing cognitive disorders is the elderly and old age, when the brain undergoes a number of physiological and pathological changes. However, decompensation of the subclinical manifestation of the degenerative process that has developed as a result of lacunar heart attacks and / or progression of leukoareosis is decisive. When developing a strategy for the management of patients with cognitive impairment, attention should be paid to concomitant somatic pathology, the presence of chronic or comorbid pathology. It should be noted that the recommendations of the British Association for Psychopharmacology (2017) «The Clinical Practice with Anti-Dementia Drugs: A revised (third) states the importance of using Ginkgo biloba with a high level of evidence for many diseases».

Key words: cognitive impairment, classification of cognitive impairments, diagnosis of cognitive disorders, treatment of cognitive impairment Ginkgo biloba, Vazavital.