

ська // Гастроентерологія : міжвід. зб. – Д.: Журф-фонд, – 2012. – Вип. 46. – С. 3–12.

2. Алкогольная болезнь органов пищеварения: клинические очерки / Под ред. Н. В. Харченко, Н. Б. Губергриц. — К.: Новый друк, 2009. – 180 с.

3. Бабак О. Я. Фиброз печени: современные представления о механизмах, способах диагностики и лечения / О. Я. Бабак, Е. В. Колесникова, Н. А. Кравченко // Сучасна гастроентерологія. – № 2 (46). – 2009. – С. 5–15.

4. Маевская М. В. Алгоритм ведения пациентов с алкогольной болезнью печени / М. В. Ма-

евская, М. А. Морозова, В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — Т. 21, № 1. – 2011. – С. 2–5.

5. Лурье Ю. Э. Современные прогностические модели выживаемости пациентов с терминальными стадиями заболеваний печени [Текст] / Ю. Э. Лурье, А. В. Метелин, А. Е. Кузнецова // Клиническая и экспериментальная хирургия. – № 2. – 2014. – С. 48–58.



УДК 616-036.86:616.12-008331.1:159.923:371.214.114

## ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

І. В. Дроздова, В. В. Храмцова, О. М. Мацуга, Ю. О. Гончар,  
І. А. Колганов, Л. Г. Степанова, С. Я. Яновська

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпропетровськ

### *Резюме*

*В работе представлены подходы к диагностике когнитивной дисфункции, а именно: гнозиса, памяти, интеллекта, речи, праксиса, внимания. Показано, что она имеет разную степень выраженности: мягкое возрастное снижение и легкие когнитивные нарушения (сохранена возможность самостоятельной жизни), умеренные (необходимость обслуживания в незначительной мере) и выраженные (с развитием сосудистой или смешанной деменции – полная невозможность самообслуживания).*

*Когнитивные нарушения рассмотрены как один из видов нервно-психических расстройств, которые охватывают также изменения эмоциональной и поведенческой сферы. Детальное описание объединения клинических, неврологических, нейропсихологических данных, а также результатов магнитно-резонансной или компьютерной томографии головного мозга, на котором основывается постановка диагноза постинсультных когнитивных нарушений, может быть полезна для работников медико-социальной экспертизы.*

**Ключевые слова:** когнитивные функции, гнозис, память, интеллект, речь, праксис, внимание, диагностика.

### *Summary*

*Different approaches to the diagnostics of cognitive dysfunction are presented in the article, namely: gnosia, memory, intellect, speech, praxis, attention. It is shown that it has a different degree of severity: mild age-related decline and mild cognitive impairment (preserved possibility of independent life), moderate (low need for care), and strong (with the development of vascular or mixed dementia - inability to complete self-service).*

*Cognitive impairments are considered as one of the types of neuropsychic disorders, which also include changes in emotional and behavioral sphere.*

*A detailed description of the association of clinical, neurological, neuropsychological data and the results of magnetic resonance or computed tomography of the brain, which gives the basis for the diagnosis of post-stroke cognitive impairments, may be useful for the employees of medical-social expertise.*

**Keywords:** cognitive functions, gnosia, memory, intellect, language, praxis, attention, diagnostics.

Сьогодні прийнято вважати, що когнітивна дисфункція – це порушення однієї чи декількох когнітивних функцій (пам'яті, праксису, гнозису, мови, регуляції довільної діяльності) в результаті певного захворювання. Загалом когнітивні порушення можна розділити на легкі (збереження можливості жити самостійно), помірні (необхідність обслуговування незначною мірою) та з розвитком судинної або змішаної деменції (повна неможливість самообслуговування) [1].

До когнітивних функцій належать: гнозис, пам'ять, інтелект, мова, праксис, увага. Гнозис – це сприйняття нового, здатність розпізнавати інформацію, що поступає на органи почуттів, й об'єднувати елементарні сенсорні відчуття в цілісні образи. Пам'ять – це здатність сприймати, зберігати та багато разів відтворювати отриману інформацію. Інтелект – це спроможність аналізувати інформацію, виявлення відмінностей та подібностей, загального й часткового, головного та другорядного, здатність до абстрагування, вирішення завдань, побудови логічних висновків. Мова – це можливість розуміти мову людини, яка до тебе звертається, та висловлювати свої думки. Праксис – це здатність набувати, зберігати та використовувати різноманітні рухові навички, в основі яких лежать завчені та автоматизовані послідовні рухи. Увага – це вміння підтримувати оптимальний для розумової діяльності рівень психічної активності [2].

Когнітивні порушення є одним із видів нерво-психічних розладів, які охоплюють також зміни емоційної та поведінкової сфери. Когнітивні, поведінкові та емоційні розлади міцно пов'язані. З одного боку, емоційна та мотиваційна регуляція, необхідні для ефективності пізнавальної діяльності, з іншого боку – порушення когнітивних функцій відображаються на емоційній сфері та поведінці пацієнта [3].

Із введенням Міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-X) було виділено категорії: легкі, помірні та виражені когнітивні порушення. Вираженими когнітивними порушеннями, до яких належить деменція, є такі, що викликають значні труднощі у повсякденній діяльності пацієнта. Помірні когнітивні порушення (ПКП) не змінюють буденну діяльність, але можуть негативно впливати на найбільш складні види активності. Легкі когнітивні порушення (ЛКП) відзначаються суб'єктивно, проте не заважають професійній, соціальній та побутовій адаптації пацієнта [4, 5, 6].

Поряд із цими термінами існує й визначення синдрому м'якого когнітивного зниження. Дефініцією синдрому м'якого когнітивного зниження, згідно з клінічною настановою з когнітивних порушень є синдром, що характеризується «легкими ознаками погіршення пам'яті (МСІ) та/чи загальним когнітивним зниженням за відсутності даних за наявності синдрому деменції та при виключенні вірогідного зв'язку когнітивного зниження з будь-яким церебральним або системним захворюванням, органною недостатністю, інтоксикацією (у тому числі медикаментозною), депресією або розумовою

відсталістю» [7]. У структурі синдрому м'якого когнітивного зниження легкий ступінь виразності дефіциту виявляється більш ніж в одній з когнітивних сфер: пацієнт може розгубитись або загубитись у незнайомому місці; співробітники помічають, що йому/їй стало важче справлятися із найбільш складними видами професійної діяльності; близьке оточення відзначає труднощі в підборі слів або згадуванні імен; хворі погано запам'ятовують прочитане, можуть іноді загубити або забути, куди поклали цінні речі; при тестуванні виявляється дефіцит уваги, тоді як власне порушення пам'яті можна виявити лише при досить прицільному інтенсивному опитуванні; хворі нерідко заперечують наявні порушення, а при виявленні неспроможності виконання тестів часто реагують симптомами тривоги [7].

У патогенезі ЛКП у літньому віці значну роль відіграють пов'язані зі старінням природні зниження уваги та короткотривалої пам'яті, а також дисрегуляторні порушення. З віком досить часто погіршуються показники пам'яті, уваги, вербально-логічних, психомоторних та інших когнітивних функцій, навіть за відсутності клінічно вираженого захворювання головного мозку. Ще у 1975 році V. Nachinski, D. Iliff, E. Zilkha запровадили використання «Ішемічної шкали Хачинського», яка для діагностики когнітивної дисфункції передбачає оцінку в балах раптового початку (2 бали), перебіг за сходами (1 бал), наявність флуктуацій (2 бали), нічну сплутаність (1 бал), відносно збереження особистості (1 бал), депресію (1 бал), соматичні скарги (1 бал), емоційну лабільність (1 бал), АГ (в анамнезі чи в теперішній час – 1 бал), інші соматичні ознаки атеросклерозу (1 бал), суб'єктивну та об'єктивну неврологічну симптоматику (по 2 бали). При її інтерпретації оцінка вище 7 балів передбачає судинну етіологію когнітивних порушень, 4 та менше – не підтверджує судинну етіологію процесу та притаманна для хвороби Альцгеймера [1].

У 1994 році експерти Міжнародної асоціації психогеріатрів запропонували використовувати термін «вікова когнітивна дисфункція» для характеристики легких когнітивних порушень, переважно вікового характеру. На практиці більшість людей похилого віку мають декілька хронічних серцево-судинних та інших соматичних і неврологічних захворювань. Більшість з них можуть негативно впливати на когнітивні функції. Чітко розмежувати внесок власне віку та асоційованих із віком захворювань у формування когнітивної дисфункції (яка має багатофакторну етіологію) у пацієнтів літнього віку досить важко, і це потребує уточнення при комплексному обстеженні [1].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ, 1994) до критеріїв «вікової когнітивної дисфункції» належать: когнітивні порушення зі скаргами пацієнта чи його найближчого оточення, поступовий розвиток порушень та їх наявність протягом, як мінімум, 6 місяців без епізодів різкого погіршення за цей період; порушення однієї з наступних сфер: пам'яті, уваги, мислення,

мови, зорово-просторової орієнтації; за результатами нейропсихологічних тестів, як мінімум, 1-е стандартне відхилення нижче норми, розробленої для даної вікової групи. Критеріями виключення є: відповідність критеріям діагнозу помірного когнітивного розладу за МКХ-X; наявність соматичної патології, що може призводити до когнітивних порушень; органічна патологія головного мозку; виразні емоційні та поведінкові розлади: депресія, тривога, делірій; уживання психоактивних речовин [1].

Н. Яхно, В. Захаров та А. Локшина у 2005 році запропонували критерії ЛКП: скарги на зниження пам'яті й розумової працездатності, що висловлюються самостійно чи в разі активного опитування лікаря; ЛКП переважно нейродинамічного характеру, виявлені при нейропсихологічному тестуванні; відсутність когнітивних порушень за результатами скринінгових шкал деменції – результат короткої шкали психічного статусу не менше 28 балів; 2-га стадія за загальною шкалою порушень (Global deterioration rating-GDS); відсутність порушень повсякденної активності, у тому числі найбільш складних її форм; відсутність синдрому ПКП [1].

До ЛКП, за думкою Н. Яхно, належить зниження когнітивних здібностей хворого, порівняно з більш високим преморбідним рівнем, показники яких можуть залишатися у межах середньостатистичної вікової норми чи дещо відрізнятися від неї, та не викликають труднощів у житті, відображаються у скаргах пацієнта, на які не звертають уваги оточуючі. Найчастіше ЛКП проявляються зниженням уваги та порушенням короткотривалої пам'яті [8, 9, 10].

Існує 2 варіанти судинних ЛКП. Перший із них асоційований із дифузними змінами білої речовини півкуль головного мозку, другий – з повторними церебральними інфарктами [11, 12]. Провідну роль у формуванні когнітивних порушень при цереброваскулярній недостатності відіграє порушення зв'язків між лобними долями та підкорковими утвореннями, що призводить до виникнення вторинної дисфункції головного мозку [13–16]. Згідно за теорією А. Лурії, яка підтримується майже всіма нейропсихологами, лобні долі відповідають за регуляцію довільної діяльності, побудову програми та контроль за її досягненням. При цьому дорсолатеральні ділянки кори лобної долі та її зв'язки із стріарним тілом забезпечують переключення уваги, необхідне для зміни ритму діяльності. Орбіто-фронтальні відділи забезпечують стійкість уваги та адекватність поведінкових реакцій. Крім того, орбіто-фронтальна лобна кора знаходиться у тісному зв'язку з гіпокампом, забезпечуючи стійкість уваги у мнестичній діяльності [13, 17, 18]. Поєднання психологічного й нейропсихологічного дослідження з методами нейровізуалізації дозволяє отримати важливу інформацію щодо механізмів виникнення когнітивних порушень [13, 19, 20].

Ще у 1997 році американський невролог R. Petersen запропонував використовувати термін «помірні когнітивні порушення» для визначення переддементних розладів вищих психічних функцій.

До модифікованих діагностичних критеріїв синдрому ПКП належать: когнітивні порушення, про які повідомляє пацієнт та/чи особа з його найближчого оточення; свідчення щодо зниження когнітивних здібностей, порівняно з початковим більш високим рівнем, отримані від хворого та/чи його найближчого оточення; об'єктивні прояви порушення пам'яті та/чи інших когнітивних функцій, отримані за допомогою нейропсихологічних тестів; відсутність порушень форм повсякденної активності, при можливій наявності порушень більш складних видів діяльності; відсутність деменції [21].

Обов'язковим діагностичним критерієм ПКП є: наявність скарг когнітивного характеру, які можуть висловлювати або самі пацієнти, або оточуючі його особи (родичі, друзі, колеги) [22]. Типовими скаргами пацієнта є: труднощі освоєння нової інформації, порушення пам'яті на поточні події; труднощі навчання, здобуття нових знань, навичок та кваліфікації; забудькуватість імен та обличь, особливо нових знайомих; відсутність можливості згадати зміст бесіди з іншими особами, прочитаної книги або переглянутої телепередачі; неможливість утримати в пам'яті план дій чи місцезнаходження того чи іншого предмета, який має для пацієнта значну цінність; труднощі підбору слів під час розмови, забудькуватість назв предметів; легкі розлади просторової орієнтації у малознайомій місцевості; труднощі усного розрахунку; проблеми концентрації уваги [13, 22, 23].

Згідно із класифікацією когнітивних порушень за ступенем тяжкості, що запровадив Н. Яхно, ПКП – це монофункціональні чи поліфункціональні когнітивні розлади, що виходять за межі вікової норми й відображаються у скаргах індивідуума чи оточуючих та не призводять до суттєвих перешкод у буденній роботі, проте можуть заважати більш складним видам інтелектуальної діяльності [7].

За думкою R. Petersen, J. Touchon, синдром ПКП є клінічно різноманітним захворюванням, що відображає його нозологічну гетерогенність [5]. Прийнято виділяти чотири основні типи синдрому ПКП: монофункціональні анамнестичний та неанамнестичний типи, поліфункціональні типи з та без порушення пам'яті [Цит. по 24].

Монофункціональний анамнестичний тип характеризується ізольованим порушенням функції пам'яті при збереженні критики, інтелекту та інших вищих психічних функцій. Даний тип найбільше відповідає першій редакції діагностичних критеріїв ПКП, що була запропонована R. Petersen, J. Touchon [5]. У більшості випадків цей тип в подальшому трансформується в деменцію альцгеймерівського типу. За поліфункціонального типу з наявністю змін пам'яті визначається одночасне порушення декількох когнітивних функцій, включаючи пам'ять. Як і анамнестичний тип ПКП, даний варіант також є початком проявів хвороби Альцгеймера і з часом трансформується в деменцію. Поліфункціональний тип без порушень пам'яті характеризується ураженням декількох когнітивних функцій при збереженні пам'яті. Найчастіше він супроводжує цереброваскулярні зміни, деменцію

з тільцями Леві, хворобу Паркінсона, нейроінфекції. Монофункціональний неамнестичний тип характеризується порушенням однієї зі складових когнітивної функції: інтелекту, праксису, гнозису, мови. Ізольоване порушення мови може зустрічатись у дебюті первинно прогресуючої афазії; праксису – кортико-базальної дегенерації; зорового гнозису – задньої коркової атрофії; зорово-просторових функцій – деменції з тільцями Леві, герпетичного енцефаліту; регуляції довольної діяльності – лобно-скроневої дегенерації [Цит. по 24].

Судинні легкі та помірні когнітивні порушення розглядаються як переддементні стани [25, 26].

Ще у 1982 році Королівська колегія лікарів (Royal College of Physicians) дала визначення слабоумству як «набутому глобальному порушенню усіх вищих коркових функцій: пам'яті, здатності вирішувати проблеми повсякденного життя та виконанню складних дій, правильному застосуванню соціальних навичок й усіх аспектів мови та спілкування, контролю емоційних реакцій за відсутності значної втрати свідомості. Цей стан майже завжди прогресує, проте не завжди є незворотнім» [Цит. по 27].

Деменція – це синдром, що характеризується порушеннями у мнестичній та когнітивній сферах, включаючи мову, гнозис, праксис, мислення, орієнтацію, здатність планувати, приймати рішення, контролювати власні вчинки. Ці порушення мають бути виражені так, щоб призводити до труднощів буденного життя та/чи професійної діяльності, тобто порушувати соціальну адаптацію хворого [27]. Досить часто деменція супроводжується змінами особистості та емоційно-афективними розладами, проте рівень свідомості залишається незмінним. Синдромальний діагноз деменції не можна встановлювати, якщо у пацієнта є порушення рівня свідомості чи стан пацієнта не дозволяє адекватно оцінювати його психічний статус.

На відміну від розумової відсталості (олігофренії), за якої розлади зустрічаються з народження, деменція розвивається за набутих уражень головного мозку. До деменції також не відносять ізольовані порушення окремих когнітивних функцій (афазію, амнезію, агнозію), коли інтелект власне не порушується. При діагностиці деменції мають бути виключені когнітивні порушення внаслідок делірію та власне психічних захворювань (депресії).

Ще у 1994 році у керівництві з діагностики та статистики психічних захворювань (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV) були визначені критерії деменції: а) порушення пам'яті (короткотривалої та довготривалої); в) порушення ще однієї з когнітивних функцій: праксису, гнозису, мови, здібностей до спілкування, регуляції довольної діяльності; с) труднощі професійної діяльності та взаємодії в суспільстві завдяки когнітивним розладам; d) збереження свідомості; е) наявність органічного захворювання головного мозку, що обумовлює а) та в) [1].

Існує три ступені важкості деменції:

– легкий – трудова та соціальна активність порушені, проте є здатність до самообслуговування

за відносного збереження здібностей до міркувань;

– помірний – за відносно збереженої здатності хворого жити самотійно, існує необхідність деякого ступеня нагляду;

– важкий – пацієнти потребують постійного спостереження, порушені різні види буденної побутової активності, відсутні здібності підтримувати особисту гігієну.

Таким чином, можна вважати, що деменція – це межева клінічна проблема, яку повинні вирішувати разом неврологи, психіатри та психологи. Етіологію деменції легше встановити на початкових етапах її розвитку, коли хворі ще знаходяться під наглядом неврологів. Ця логіка реалізована й у МКХ-X: рубрики захворювань, що супроводжуються деменцією (наприклад, хвороба Альцгеймера), включені у клас «Хвороби нервової системи», інші дегенеративні захворювання нервової системи (G 30–32), тоді як рубрики, якими кодується власне деменція (наприклад, деменція при хворобі Альцгеймера), включені у клас V «Розлади психіки та поведінки» (органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади F 00–F99).

Найчастішими причин деменції: хвороба Альцгеймера (50–60%), судинна (10–15%) та змішана деменції (10–20%), деменція з тільцями Леві (10–20%), алкогольна деменція (4–8%), хвороба Піка (3–5%), нормотензивна гідроцефалія (2–3%), новоутворення головного мозку (1–2% від загальної кількості хворих з деменцією) [27].

Етіологія первинного дегенеративного слабоумства переважно обумовлена деменцією Альцгеймерівського типу, що характеризується з морфологічної точки зору зростанням атрофії певних ділянок кори головного мозку та патологічного білка амілоїду.

Судинна деменція морфологічно є мікроангіопатіями зі значною кількістю лакун у підкоркових гангліях, у стовбурі мозочку та в ньому самому, а також демієлінізацією у білій речовині обох півкуль головного мозку. В залежності від переважання локалізації патологічного процесу, деменція може проявлятися різним чином, залучаючи одні когнітивні та поведінкові функції та залишаючи відносно збереженими інші, що має важливе діагностичне значення [27].

За характером когнітивних проявів та у зв'язку з ураженням певних ділянок мозку виділяють коркову, підкоркову та комбіновану корково-підкоркову деменцію. Кортикальна деменція проявляється порушенням пам'яті та інших когнітивних функцій (мови, праксису, гнозису, розрахунку, орієнтації у часі, просторі, здатності до абстрагування), відсутністю значних рухових порушень. Запідозрити субкортикальну деменцію можна за наявності забудькуватості, сповільненості мислення, апатії, дізартрії чи гіпофонії, рухових порушень (зміни пози, ригідності, порушень ходи).

На відміну від коркової деменції, для підкоркової притаманні, в першу чергу, сповільненість мислення (брадіфренія), швидка виснажливність, порушення уваги, «застрягання», помірні порушення пам'яті – за відсутності вогнищевих порушень

коркових функцій. Когнітивні порушення за підкоркової деменції часто супроводжуються апатією, депресією, змінами особистості, а також такими неврологічними порушеннями, як зміни ходи, постуральна нестійкість, псевдобульбарний синдром, екстрапірамідні знаки, нейрогенні розлади сечовиділення. Причиною цього можуть бути як хвороба Бінсвангера, так і численні лакунарні інфаркти у підкоркових відділах (лакунарний статус), що найчастіше обумовлено гіпертонічною мікроангіопатією (артеріосклерозом) [27].

Відсутність чіткості у визначенні ступеня когнітивних порушень пов'язана, в першу чергу, з незнанням лікарями існуючих критеріїв їхньої диференціальної діагностики.

До критеріїв діагностики **м'якого когнітивного зниження** (МСІ) належать:

– скарги хворого на легке погіршення пам'яті, що об'єктивно підтверджується (найчастіше близьким оточенням чи колегами), у поєднанні з виявленими під час обстеження ознаками легкого когнітивного зниження в тестах на дослідження пам'яті чи тих когнітивних сфер, що найчастіше уражені у разі хвороби Альцгеймера;

– ознаки когнітивного дефіциту відповідають 3-й стадії за шкалою Global Deterioration Scale (GDS) [28] та оцінці 0,5 за шкалою Clinical Dementia Rating (CDR) [29];

– діагноз деменції не може бути встановлено;

– повсякденна активність пацієнта залишається збереженою, в разі погіршення у складних видах буденної або професійної діяльності.

Шкала GDS структурована за сімома ступенями важкості порушень когнітивних та функціональних здібностей: 1-а – відповідає нормі, 2-га – нормальному старінню, 3-я – м'якому когнітивному зниженню, 4–7-й – м'якій, помірній, помірно-важкій, важкій стадіям хвороби Альцгеймера. 3-я стадія за GDS відповідає м'якому когнітивному зниженню, визначається незначним когнітивним дефіцитом, що клінічно проявляється легким погіршенням пізнавальних функцій та пов'язаними з цим функціональними проблемами, які порушують виконання лише складних професійних чи соціальних видів діяльності та можуть супроводжуватися тривогою. Аналогічно побудована й шкала важкості деменції CDR. Характеристика ступеня виразності когнітивних і функціональних порушень, що оцінюється за шкалою CDR у 0,5 бала, відповідає наведеній вище характеристиці 3-ї стадії за шкалою GDS, але більш чітко структурована за шістьма параметрами когнітивного та функціонального дефіциту (від розладів пам'яті до самообслуговування).

В структурі синдрому м'якого когнітивного зниження легкий ступінь виразності дефіциту проявляється більш ніж однією з когнітивних сфер:

– пацієнт може розгубитися або загубитися, подорожуючи в незнайомих місцях;

– співробітники помічають, що йому стало важче справлятися з найбільш складними видами професійної діяльності;

– близькі починають помічати труднощі в підборі слів та пригадуванні імен;

– хворі погано запам'ятовують прочитане, можуть іноді загубити чи забути, куди поклали цінні речі;

– під час тестування виявляється дефіцит уваги, тоді як власне порушення пам'яті можна виявити лише в разі досить інтенсивного тестування;

– хворі нерідко заперечують наявні порушення, а в разі виявлення неспроможності виконати тест часто реагують симптомами тривоги.

Під час тестування пацієнтів слід дотримуватися таких правил:

– під час обстеження, особливо осіб похилого віку з синдромами м'якого когнітивного зниження, треба підтримувати спокійні релаксуючі умови, оскільки тривога й хвилювання можуть суттєво погіршити результати тестування;

– для оцінки можливостей запам'ятовування недавніх подій необхідно розпитати про події, які є значущими для хворого, а потім уточнити їхні деталі, імена учасників цих подій, розпитати про зміст прочитаної вранці газети чи про телепередачі, які він переглянув напередодні;

– необхідно уточнити, чи користувався пацієнт побутовою технікою або комп'ютером, чи керував автівкою, чи готував страви за складними кулінарними рецептами і далі за допомогою інформанта оцінити збереженість навичок та знань, якими хворий успішно володів у минулому;

– обов'язково потрібно з'ясувати, чи здатний пацієнт планувати фінанси, самостійно подорожувати, здійснювати покупки, оплачувати рахунки, орієнтуватися у малознайомій місцевості. Пацієнти з синдромом м'якого когнітивного зниження, як правило, здатні справлятися з цими видами діяльності, але іноді здійснюють випадково недбалі, але серйозні за своїми наслідками помилки (наприклад, втрачають документи);

– під час психометричного тестування, яке потрібно проводити за відсутності родичів, таких пацієнтів можна повністю орієнтувати в усіх видах діяльності. Однак їм притаманні типові труднощі в концентрації уваги (наприклад, під час виконання серійного відліку «100-7»), погане відстрочене відтворення запам'ятовуваних слів. Пацієнту добре вдається справлятися з копіюванням складних фігур, однак у тесті «Малювання годинника» можуть виникати труднощі в розміщенні стрілок згідно з визначеним часом чи в правильному розташуванні цифр на циферблаті. Пацієнти зазвичай добре називають часто вживані предмети, але виникають проблеми з назвами окремих деталей або предметів, що рідко зустрічаються.

Для об'єктивного підтвердження порушень пам'яті використовують такі нейропсихологічні (психометричні) тести, для яких розроблені нормативні дані: тест Рея на мовно-слухову пам'ять, тест Бушке на селективне запам'ятовування, субтест на логічну пам'ять шкали пам'яті Векслера, тест Нью-Йоркського університету на семантичну пам'ять [7].

Результати тестів не завжди мають вірогідну діагностичну значущість, тому для диференціальної діагностики вікового зниження пам'яті (Age Associated Memory Impairment – ААМІ), м'якого когнітивного зниження та хвороби Альцгеймера використовують певні критерії [7].

#### **Критерії діагностики вікового зниження пам'яті**

За нормального старіння людина похилого віку сама скаржиться на погіршення пам'яті, порівняно з тим, якою вона була в молодості. При цьому проблеми повсякденного життя, пов'язані з поганою пам'яттю, зазвичай відсутні, а під час тестування пам'яті пацієнтам явно допомагають підказки та повторення.

#### **Критерії діагностики м'якого когнітивного зниження пам'яті**

У разі м'якого когнітивного зниження виявляються не лише порушення пам'яті, але й легкий дефіцит інших пізнавальних функцій. Під час обстеження хворому допомагають повтори та записи, а підказки мають мало користі. Про порушення пам'яті повідомляє не лише хворий, але й супроводжуючі з його найближчого оточення (родичі, друзі, співробітники), які помічають погіршення у виконанні складних видів повсякденної діяльності, а іноді присутність ознак тривожності чи заперечення пацієнтом наявних когнітивних розладів. Порушення пам'яті у хворих, які перенесли інсульт, проявляються підвищеним сповільненням та швидким виснаженням когнітивних процесів, порушенням процесів узагальнення понять або апатією. Провідними порушеннями можуть бути сповільнення мислення, труднощі перемикання уваги, зниження критики, зниження фону настрою та емоційної лабільності. Можуть спостерігатися й первинні розлади вищих психічних функцій (апраксія, агнозія), що пов'язані з локалізацією ішемічних вогнищ у певних відділах кори великих півкуль головного мозку.

#### **Критерії діагностики хвороби Альцгеймера:**

На відміну від попередніх пацієнтів, у хворих із встановленим діагнозом хвороби Альцгеймера навіть на стадії початкової (м'якої) деменції виявляються явно виражені порушення пам'яті та інших когнітивних функцій, які погіршують повсякденну поведінку пацієнта, причому нерідко наявні також ті чи інші психопатологічні та поведінкові симптоми.

Потрібно враховувати, що, крім представлених критеріїв діагностики, для неврологічного статусу характерні:

- центральні парези кінцівок чи рефлекторні зміни (пожвавлення глибоких рефлексів, позитивні рефлекси Бабінського, Россолімо);
- атактичні розлади, які можуть мати сенситивний, мозочковий або вестибулярний характер;
- апраксія ходи внаслідок дисфункції лобних ділянок та розриву корково-підкоркових зв'язків, які часто зустрічаються при деменції;
- сповільнення ходи, вкорочення чи нерівномірність кроку, ускладнення на початку руху, нев-

рівноваженість при поворотах та збільшення площі опори при порушеннях рівноваги лобного генезу;

– псевдобульбарний синдром, що проявляється рефлексами орального автоматизму, пожвавленням рефлексу нижньої щелепи, епізодами насильницького плачу чи сміху, сповільненням психічних процесів.

Таким чином, діагноз постінсультних когнітивних порушень ґрунтується на клінічних, неврологічних та нейропсихологічних даних, результатах магнітно-резонансної або комп'ютерної томографії головного мозку. У визначенні судинного характеру когнітивних порушень велику роль відіграє наявність факторів ризику цереброваскулярної патології, характер перебігу захворювання, тимчасовий зв'язок когнітивних розладів та судинної патології головного мозку. Когнітивні порушення можуть виникати внаслідок внутрішньомозкового крововиливу, за якого причиною захворювання часто є ураження артерій, що формується на фоні тривалої гіпертонічної хвороби або амлоїдної ангіопатії. Крім того, постінсультні когнітивні порушення здебільшого викликані як повторними (лакунарними та нелакунарними) інфарктами, більшість з яких виявляються тільки в разі нейровізуалізації («німі» інфаркти головного мозку), так і поєднаним ураженням білої речовини головного мозку (лейкоареоз). Мультиінфарктна деменція (коркова, корково-підкоркова) є частим варіантом постінсультної деменції. Крім того, у таких хворих при розвитку когнітивних порушень у подальшому розвивається хвороба Альцгеймера [7].

#### **Література**

1. Мурашко Н. К. Алгоритм прогнозирования развития когнитивных нарушений у больных с артериальной гипертензией и атеросклерозом коронарных и церебральных артерий: Методические рекомендации / Н. К. Мурашко, Т. П. Парникова, Г. Н. Чуприна [и соавт.] – Киев: «Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика», кафедра неврологии и рефлексотерапии, ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н. М. Амосова», 2014. – 40 с.
2. Flor-Henry P. Cerebral Basis of Psychopathology / P. Flor-Henry – Psychosomatic. – 2000. – Vol. 41. – P. 5–14.
3. Castillo C. Clinical correlates of early-onset and late-onset poststroke generalized anxiety / C. Castilo, S. Schultz, R. Robinson // Am. J. Psychiat. – 1995. – Vol. 152 (8). – P. 1174–1179.
4. Ritchie K. Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study / K. Ritchie, S. Artero, J. Touchon // Neurology. – 2001. – Vol. 56. – P. 37–42.
5. Petersen R. Consensus on mild cognitive impairment / R. Petersen, J. Touchon // Research and practice in AD. EADS-ADCS joint meeting. – 2005. – Vol. 10. – P. 24.
6. Локшина А. Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / А. Б. Локшина, В. В. Захаров // Неврол. журн. – 2006. – № 11 (1) – С. 57–63.

7. Мурашко Н. К. Критерии оценки когнитивных нарушений после инсульта / Н. К. Мурашко, Ю. Д. Залесная, В. Г. Липко // *Международный медицинский журнал* – 2012. – № 3. – С. 13–20.
8. Ritchie K. Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study / K. Ritchie, S. Artero, J. Touchon // *Neurology*. – 2001. – Vol. 56. – P. 37–42.
9. Левин О. С. Постинсультные когнитивные нарушения / О. С. Левин, Н. И. Усольцева, Н. А. Юнищенко // *Трудн. пациент.* – 2007. – № 8. – С. 26–29.
10. Яхно Н. Н. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина // *Журн. неврол. и психиат. им. С. С. Корсакова* – 2005. – № 105 (2). – С. 13–17.
11. Koning I. Value of screening instruments in the diagnosis of post-stroke dementia / I. Koning, F. Van Kooten, P. Koudstaal // *Haemotasis* – 1998. – Vol. 28 – P. 158–166.
12. Левин О. С. Диффузные изменения белого вещества и проблема сосудистой деменции / О. С. Левин, И. В. Дамулин / В кн.: *Достижения в нейрогеронтологии* / Под ред. Н. Н. Яхно, И. В. Дамулина. – М., 1995. – С. 189–231.
13. Постинсультные когнитивные нарушения / Вахнина Н. В., Никитина Л. Ю., Парфенов В. А., Яхно Н. Н. // *Инсульт.* – 2008. – № 22. – С. 16–21.
14. Madureira S. Dementia and cognitive impairment three months after stroke / S. Madureira, M. Guerreiro, J. Ferro // *Eur. J. Neurol.* – 2001. – Vol. 8 (6). – P. 621–627.
15. Brain infarction and the clinical expression of alzheimers disease / [D. A. Snowden, L. H. Greiner, J. A. Mortimer et al.] // *JAMA* – 1997. – Vol. 277 (10). – P. 813–817.
16. Мхитарян Э. А. Болезнь Альцгеймера и цереброваскулярные расстройства / Э. А. Мхитарян, И. С. Преображенская // *Неврол. журн.* – 2006. – № 11 (1). – С. 31–36.
17. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М. : Издат-во Московского университета, 1973. – 374 с.
18. Starkstein S. E. Understanding cognitive impairment and dementia: stroke studies / S. E. Starkstein, O. P. Almeida. – *Cur. Opin. Psych.* – 2003. – Vol. 16 (6). – P. 615–620.
19. Хомская Е. Д. Хрестоматия по нейропсихологии / Под ред. Е. Д. Хомской. – М. : Институт общегуманитарных исслед., 2004. – 896 с.
20. Screening for cognitive impairment in patients with acute stroke / [M. Riepe, S. Riss, D. Bitter, R. Huber] // *Dem. Ger. Cogns. Dis.* – 2004. – Vol. 17 (1–2). – P. 29–53.
21. Petersen R. Consensus on mild cognitive impairment / R. Petersen, J. Touchon // *Research and practice in AD. EADS-ADCS joint meeting.* – 2005. – Vol. 10. – P. 24.
22. Левин О. С. Когнитивные нарушения в практике терапевта: заболевания сердечно-сосудистой системы / О. С. Левин // *Cons. Med.* – 2009. – № 11 (2). – С. 55–61.
23. Ritchie K. Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study / K. Ritchie, S. Artero, J. Touchon // *Neurology*. – 2001. – Vol. 56. – P. 37–42.
24. Особенности лечения нейроинфекций у пациентов с когнитивными нарушениями / Мурашко Н. К., Залесная Ю. Д., Ноколов Н. А., Ходаковская О. Н. // *Ліки України.* – 2014. – № 3–4 (179–180). – С. 2–7.
25. Калашникова Л. А. Нарушение высших психических функций вследствие разобщающихся инсультов в области зрительного бугра и таламфронтальных путей / Л. А. Калашникова, Т. С. Гулевская // *Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова* – 1998. – № 6. – С. 8–13.
26. Постинсультные когнитивные нарушения / Вахнина Н. В., Никитина Л. Ю., Парфенов В. А., Яхно Н. Н. // *Инсульт.* – 2008. – № 22. – С. 16–21.
27. Кушнир Г. М. Неврологические аспекты деменции (современные подходы к диагностике и лечению): Учебное пособие для врачей – неврологов и психиатров, интернов-неврологов и психиатров, врачей общей практики / Г. М. Кушнир, Е. А. Савчук, В. В. Самохвалова. – Симферополь: Крымский Государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, 2010. – 66 с.
28. Методика «Шкала загалних порушень» (Global deterioration scale – GDS) / Психологическая диагностика. – [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://sites.google.com/site/test300m/gds>
29. Методика «Клінічна рейтингова шкала деменції» (Clinical dementia rating scale – CDR) / Психологическая диагностика. – [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://sites.google.com/site/test300m/cdr>.

