

5. Руководство по наблюдению за пациентами с сахарным диабетом пожилой возрастной группы // *Международ. эндокринол. журнал.* – 2008. – № 5 (17). <http://www.mif-ua.com/archive/article/7520>.

6. Стадник С.Н. Когнитивные функции у пациентов с фибрилляцией предсердий и абдоминальным ожирением / С.Н. Стадник // *Международ. неврол. журнал.* – 2016. – № 2 (80). (<http://www.mif-ua.com/archive/article/42687>).

7. Терещенко И.В. Субклинический гипотиреоз и психические нарушения у больных аутоиммунным тиреоидитом / И.В. Терещенко, Н.В. Каюшева // *Психофармакология и биологическая наркология.* – 2008. – Т. 8, вып. 1-2, ч. 2. <http://cyberleninka.ru/article/n/subklinicheskiy-gipotireoz-i-psiicheskie-narusheniya-u-bolnyh-autoimmunnym-tireoiditom>.

8. NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care», 2015.

REFERENCES

1. Alenikova OA, Kulikova SL, Likhachev SA. [Hashimoto's Encephalopathy] *Nevrologicheskij zhurnal.* 2013;6:22-26. Russian.

2. Yakhno NN, Zakharov VV, Lokshina AB, Kober-skaya NN, Mkhitarian EA. ["Dementia"]. A guide for doctors. 3-e izd. Moskva «MEDpress-inform»; 2011. Russian.

3. Kadykov AS, Shakhparonova NV. [Cognitive impairment and dementia in neurological practice]. *Zhurnal «NeuroNews».* 2006;1(1). Available from: <http://neuro-news.com.ua/page/kognitivnye-narusheniya-i-demenciya-v-nevrologicheskoy-praktike>. Russian.

4. Martsenkovskiy IA, Dubovik KV. [Mild cognitive impairment]. *Zhurnal «NeuroNews».* 2016;2(1). Available from: <http://health-ua.com/stati/neurology/legkie-kognitivnye-narusheniya.html>. Russian.

5. [Guidelines for monitoring patients with diabetes mellitus in the elderly]. *Mezhdunarodnyy endokri-*

nologicheskij zhurnal. 2008;5(17). Available from: <http://www.mif-ua.com/archive/article/7520>. Russian.

6. Stadnik SN. [Cognitive function in patients with atrial fibrillation and abdominal obesity]. *Mezhdunarodnyy nevrologicheskij zhurnal.* 2016;2(80). Available from: <http://www.mif-ua.com/archive/article/42687>. Russian.

7. Tereshchenko IV, Kayusheva NV. [Subclinical hypothyroidism and mental disorders in patients with autoimmune thyroiditis]. *Psikhofarmakologiya i biologicheskaya narkologiya.* 2008;8(1-2):2 Available from: <http://cyberleninka.ru/article/n/subklinicheskiy-gipotireoz-i-psiicheskie-narusheniya-u-bolnyh-autoimmunnym-tireoiditom>. Russian.

8. NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care»; 2015.



УДК 616.899.3-008.64-07-082:614.253.2-055

О.А. Росицька

СИНДРОМ ДЕМЕНЦІЇ - ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

кафедра сімейної медицини ФПО

вул. Дзержинського, 9, Дніпро, 49044, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»

Department of Family Medicine FPE

Dzerzhinsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: aleksa2005@ua.fm

Ключові слова: амбулаторія ЗПСМ, деменція, когнітивні порушення, діагностика, алгоритм дій

Key words: clinic ZPSM, dementia, cognitive impairment, diagnosis, algorithm of actions

Реферат. Синдром деменції - підходи к діагностике в общеврачебной практике. Росицкая А.А. В статье представлены алгоритм действий врача общей практики - семейного врача при выявлении когнитивных нарушений (деменции) у пациентов в соответствии с действующим приказом Минздрава Украины №736 от 19.07.2016. Для оптимизации работы врача на первичном уровне были проанализированы различия диагностического поиска на первичном и вторичном уровнях оказания медицинской помощи.

Abstract. Dementia syndrome – approaches to diagnostics in the general medicine practice. Rosytska O.A. In the article algorithm of actions of a general practitioner - family physician in detecting cognitive impairment (dementia) in patients under the current Order of Ministry of Health Ukraine from 07.19.2016 N 736 is presented. To optimize the work of physician at the primary level, differences of diagnostic search at primary and secondary levels of care delivery were analyzed.

Проблема пацієнтів з деменцією в амбулаторній практиці лікаря ЗПСМ є досить актуальною, що пов'язано з багатьма складовими цього феномену. Насамперед, ми живемо в суспільстві, в якому проблеми похилого та старчого віку є пріоритетними за рахунок збільшення тривалості життя в популяції, і в якій сьогодні за рівнем питомої ваги превалюють люди старшого покоління, що предетермінує соціальну значущість зазначеної проблеми. З іншого боку, існує велика кількість різноманітних причин, які індукують формування когнітивних порушень та деменції в людини.

Офіційні статистичні дані щодо справжньої поширеності деменції в Україні, на жаль, відсутні. Відповідно до даних літератури, в деяких розвинених країнах має місце не лише зростання рівнів захворюваності на деменцію, але й молодшає вік старту зазначеної хвороби в суспільстві [3].

У світі на рівні загальнолікарської практики діагноз деменція зазвичай встановлюється у пацієнтів старше 65 років. У літературі існує декілька визначень дефініції «деменція». Так, за даними ВООЗ, деменція - це синдром, при якому відбувається дегенерація пам'яті, мислення, поведінки і здатності виконувати щоденні дії [1]. Відповідно до МКХ-10, існує декілька рубрикаційних кодів для діагностики деменції. Під кодом F00-F03 деменція - це хронічний або прогресуючий синдром, який характеризується хронічним інтелектуальним зниженням, в основному в літніх людей, який не є нормальним станом старіння, може виникати при різних захворюваннях, що викликають ураження великих півкуль головного мозку. У рубриках за МКХ-10 для верифікації діагнозу мають місце «інші дегенеративні хвороби нервової системи (G30-G32)» й «органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади (F00-F03)» [2].

Критеріями верифікації деменції за МКБ-10 є такі: виражені когнітивні порушення не менше 6 місяців, що призводять до соціальної дезадаптації (порушення повсякденної активності -

здатності до самообслуговування, побутова незалежність), порушення пам'яті, уваги, мислення. В основі клінічних проявів деменції лежить прогресуюча загибель нейронів різних відділів мозку.

З метою уніфікації та стандартизації підходів щодо надання медичної допомоги (діагностичної та лікувальної) пацієнтам з деменцією в Україні був розроблений та затверджений наказ МОЗ України від 19.07.2016 № 736 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція». Згідно з цим протоколом, серед пацієнтів з порушеннями когнітивних функцій скринінг щодо деменції проводиться лікарями загальної практики - сімейними лікарями. Остаточний діагноз деменції встановлюється лікарем-неврологом або лікарем-психіатром (залежно від провідної симптоматики) після всебічної оцінки на підставі задокументованих порушень пам'яті, когнітивних функцій та психічного стану.

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

Для оптимізації роботи лікаря на первинному рівні пропонується схема дій та алгоритм діагностичного пошуку пацієнтів з деменцією на різних рівнях надання медичної допомоги та відповідно до чинного наказу МОЗ України № 736 від 19.07.2016. Інформація для наочності представлена в табличному вигляді з порівнянням професійних компетенцій лікаря ЗПСМ та лікаря-невролога (табл.).

Схема дій та алгоритм діагностики деменції на різних етапах медичної допомоги

Первинний рівень (лікар ЗПСМ)	Вторинний рівень (лікар – невролог, амбулаторія)
Діагностика	
<p>Основна мета: виявлення порушень когнітивних функцій та самостійного щоденного (побутового, професійного) функціонування.</p>	<p>Основна мета: встановлення діагнозу деменції після ретельного клініко-інструментального та психодіагностичного обстеження.</p>
Необхідні дії	
<ul style="list-style-type: none"> - збір анамнезу; - оцінка когнітивних функцій і психічного стану (Тест 1: Оцінка когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG); Тест 2: Коротка шкала дослідження психічного статусу, MMSE). Потрібно враховувати фактори, що впливають на виконання тестів: рівень освіти, кваліфікація, попередній рівень функціонування і навичок, мова і будь-які сенсорні порушення, психічні захворювання або фізичні / неврологічні проблеми. - оцінка соціальної активності та якості життя обстежуваного (Тест 3: Брістольська шкала активності в повсякденному житті, BADL: приготування їжі, вживання їжі, приготування напоїв, вживання напоїв, одягання, умивання, чищення зубів, прийняття ванни/душу, користування туалетом, пересування, ходьба, орієнтація в часі, орієнтація в місці, комунікація, користування телефоном, робота в домі/саду, здатність робити покупки, розпорядження фінансами, ігри /хобі, користування транспортом); - фізикальний огляд та інші необхідні дослідження; - аналіз препаратів, які приймає пацієнт, з метою виявлення та мінімізації використання лікарських засобів, у тому числі безрецептурних, які можуть негативно вплинути на когнітивні функції. - застосування стандартного нейропсихіатричного опитувальника повинно стати частиною оцінки у випадках легкої або сумнівної деменції. - під час діагностики деменції і на регулярній основі після встановлення діагнозу необхідно проводити оцінку на наявність супутніх захворювань і ключових психіатричних особливостей, пов'язаних з деменцією, включаючи депресію і психоз, для забезпечення оптимального ведення співіснуючих захворювань. - Базовий скринінг деменції повинен проводитися за наявності клінічних проявів та включати: рутинну гематологію, біохімію (включаючи електроліти, кальцій, глюкозу і тестування ниркової та печінкової функцій), тестування функції щитовидної залози, рівні вітаміну B12 і фолату в сироватці. - проведення серології на сифіліс та ВІЛ для людей, ризик в яких зумовлений анамнезом або клінічною картиною. - Рентгенографія грудної клітки, електрокардіографія – за клінічними показаннями. - Періодичні (не рідше 1 разу на 3 місяці) огляди та клінічна оцінка пацієнта з деменцією. 	<ul style="list-style-type: none"> - збір анамнезу; - оцінка когнітивних функцій і психічного стану (клінічна оцінка та психодіагностичне дослідження); - Клінічна оцінка когнітивних здібностей у пацієнтів з підозрою на деменцію з використанням стандартизованих інструментів: Короткої шкали оцінки психічного статусу (MMSE), МОСА, Тесту когнітивного порушення, що складається з 6 пунктів (6-CIT), Оцінки когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG), 7-хвилинного скринінгу тощо. Потрібно враховувати фактори, що впливають на виконання тестів: рівень освіти, кваліфікацію, попередній рівень функціонування і навичок, мову і будь-які сенсорні порушення, психічні захворювання або фізичні / неврологічні проблеми. - фізикальний огляд та інші необхідні дослідження; - аналіз препаратів, які приймає пацієнт, з метою виявлення та мінімізації використання лікарських засобів, у тому числі безрецептурних, які можуть негативно вплинути на когнітивні функції. - застосування стандартного нейропсихіатричного опитувальника повинно стати частиною оцінки у випадках легкої або сумнівної деменції. - під час діагностики деменції і на регулярній основі після постановки діагнозу необхідно проводити оцінку на наявність супутніх захворювань і ключових не когнітивних порушень, пов'язаних з деменцією, включаючи депресію і психоз, для забезпечення оптимального ведення співіснуючих захворювань. - Структурна візуалізація - при підозрі зворотної деменції, при ранньому початку деменції для виключення інших варіантів патології головного мозку і сприяння діагностиці підтипу деменції. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) є кращим методом для ранньої діагностики та виявлення підкіркових судинних змін, хоча може використовуватися і комп'ютерна томографія (КТ). - проведення серології на сифіліс та ВІЛ для людей, ризик в яких зумовлений анамнезом або клінічною картиною. - Рентгенографія грудної клітки, електрокардіографія, аналіз спинномозкової рідини та інші обстеження – за клінічними показаннями. - Аналіз спинномозкової рідини слід застосовувати при підозрі на хворобу Крейтцфельда-Якоба або інші форми швидко прогресуючої деменції. - діагностика підтипу деменції проводиться фахівцями з використанням міжнародних стандартизованих критеріїв (Хвороба Альцгеймера, Судинна деменція, Деменція з тільцями Леві, Лобно-скронева деменція, Змішана деменція).

Порівняльний аналіз необхідних дій спеціаліста на різних рівнях надання медичної допомоги пацієнтам з деменцією показав, що різниця між складовими алгоритму дій лікаря ЗПСМ та лікаря-невролога амбулаторії полягає лише в обсягу додаткових методів дослідження та можливості верифікації підтипу деменції на вторинному рівні.

З нашої точки зору, в межах такого уніфікованого протоколу ще раз підтверджується думка про те, що більше 80% проблем пацієнта може бути вирішено на первинному рівні, що базується на високій кваліфікації лікаря ЗПСМ, який добре володіє методологією огляду пацієнта, в тому разі його неврологічного статусу, має достатній рівень навичок для проведення

психологічного тестування та інтерпретації отриманих даних.

ВИСНОВКИ

1. Актуальним питанням загальнолікарської практики сьогодення є діагностика когнітивних порушень.

2. Лікар ЗПСМ повинен проводити динамічний нагляд пацієнтів груп ризику розвитку когнітивних порушень (гіпертонічна хвороба, черепно-мозкові травми в анамнезі, прогресуючий мультифокальний атеросклероз, ендокринна патологія (гіпотиреоз), ВІЧ, хронічні та тривалі психоемоційні порушення та ін.) з обов'язковим контролем їх когнітивних функцій один раз на три місяці та використанням психологічних методик (шкала MMSE, МОСА).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care», 2015.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1993.

3. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при деменції: Наказ МОЗ України N 736 от 19.07.2016.

REFERENCES

1. NICE CG42 «Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care»; 2015.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1993.

3. [MOH Ukraine from 07.19.2016 N 736 "On approval and introduction of medical and technological documents on standardization of care in dementia."]. Ukrainian.

