

pulmonary disease (Updated 2017). Medical Communications Resources; 2017.

7. Hawkins NM, Jhund PS, Simpson CR. Primary burden and treatment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease in Scotland. *Eur J Heart Fail.* 2010;12:17–24.

8. Lahousse L, Verhamme KM, Stricker BH. Cardiac effects of current treatments of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet Respir. Med.* 2016;4:149-64.

9. Lofdahl CG, Postma DS, Pride NB. Possible protection by inhaled budesonide against ischaemic cardiac events in mild COPD. *Eur. Respir. J.* 2007;29:1115-9.

10. Rutten FH, Moons KG, Cramer MJ. Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study. *BMJ* 2005;331:1379.



УДК 616.89-008.45/.48-008.6-053-08-036

О.А. Росицька

АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
вул. Дзержинського, 9, Дніпро, 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: когнітивні порушення, гіпоглікемія, геріатричний синдром, діагностика, клінічні випадки
Key words: cognitive impairments, hypoglycemia, geriatric syndrome, diagnosis, clinical cases

Реферат. Анализ клинических случаев с синдромом когнитивных нарушений в амбулаторной практике врача. **Росицкая О.А.** Актуальность проблемы диагностики и дифференциальной диагностики когнитивных нарушений и деменции в амбулаторной практике обусловлены большим количеством заболеваний, протекающих с синдромом когнитивных нарушений разной степени. В статье приведены клинические случаи пациентов разного возраста с обратимыми когнитивными нарушениями.

Abstract. Analysis of clinical cases with syndrome of cognitive impairment in ambulatory medical practice. **Rosytska O.A.** The urgency of problem of diagnosis and differential diagnosis of cognitive impairment and dementia in outpatient practice is due to a large number of diseases occurring with the syndrome of cognitive impairments of varying degrees. The article presents clinical cases of patients of different age with reversible cognitive impairments.

Актуальність проблеми діагностики та диференційованої діагностики когнітивних порушень і деменції в амбулаторній практиці зумовлені наявністю великої кількості захворювань (більше 30 нозологічних одиниць), які перебігають із синдромом деменції [3].

Алгоритм первинної діагностики та пошуку причини когнітивних порушень та деменції в практиці лікаря ЗПСМ складається в першу чергу з виключення так званої «зворотньої деменції», яка виникає на тлі курабельних захворювань, а також стану псевдодеменції, яка

може бути, наприклад, проявом депресії, гіпотиреозу та ін. соматичних захворювань [4, 6, 7, 8].

На допомогу в практику лікаря загальної практики – сімейному лікарю пропонуються три клінічних випадки з алгоритмом верифікації основного діагнозу та проведення диференційованої діагностики в конкретних випадках.

Клінічний випадок № 1. Пацієнт К., 36 років.

Скарги: хиткість, невпевненість при ходьбі, порушення пам'яті, рахунку чисел, мовні порушення, відчуття тиску в стопах («тиснуть шкарпетки»), відчуття «клубка в горлі», гіперосмія, періодично свербіж у лівій долоні, періодичний біль у поперековому відділі хребта, імперативні позиви до сечовиділення. *Неврологічні синдроми:* синдром когнітивних порушень (MMSE - 26 балів); ураження VIII пари ЧМН (нейросенсорна туговухість); легка координаторна недостатність, хода з широко поставленими ногами; недостатність пірамідної системи (патологічні рефлексії, знижені черевні, без порушення сили в кінцівках); полінейропатичний тип сенсорних порушень у нижніх кінцівках. *Анамнез:* паротит – 1995 р. (15 років життя); з дитинства сенсоневральна туговухість з 2-х боків; перший епізод хиткості (тимчасовий) – 2012 рік; герпетичний гангліоніт (без огляду дерматолога) - висипання на лівій кисті, характер висипу не описаний (весна 2015 р.); порушення пам'яті, рахунку чисел, письма, MMSE - 24 бали (з осені 2015 р.); амбулаторне лікування без обстеження з осені 2015 р. до весни 2016 р.; МРТ головного мозку - вогнищеві зміни (з рекомендаціями в/в контрастування) весна 2016 р.; весна 2016 р. - лікування в неврологічному відділенні з діагнозом герпетичний енцефаліт, де виявляють позитивну RW-пробу і направляють на консультацію в шкірно-венерологічний диспансер. З травня по липень 2016 р. з приводу третинного сифілісу - три курси антибіотикотерапії з позитивною динамікою контролю за когнітивним порушенням. Серпень 2016 р. – звернення до невролога з приводу значного порушення ходи – близько 2-х тижнів; госпіталізація в неврологічне відділення з приводу виключення розсіяного склерозу. **Встановлено заключний діагноз:** розсіяний склероз, ремітуючи-рецидивуючий тип перебігу. Симптоматичний нейрольоз.

На допомогу лікарю амбулаторної практики в контексті діагностики та диференційованої діагностики пропонується перелік основних причин недементних когнітивних розладів і деменції [2]:

I. Нейродегенеративні захворювання (Альцгеймера хвороба, хвороба Леві (деменція з тільцями Леві), Паркінсона хвороба та інші).

II. Судинні захворювання головного мозку (інфаркт мозку, мультиінфарктний стан, геморагічний інсульт, дисциркуляторна енцефалопатія, поєднані судинні ураження головного мозку).

III. Токсичні і дисметаболічні енцефалопатії внаслідок: гіпоксії (хронічна легенева недостатність, пароксизмальні порушення ритму серця), печінкової і ниркової недостатності, гіпоглікемії, гіпотиреозу, тиреотоксикозу, гіпопітуїтаризму (недостатність функції гіпофіза), дефіцитних станів (недостатність вітамінів В_{1,6,12}, фолієвої кислоти), промислових і побутових інтоксикацій (важкі метали, розчинники, інсектициди, алкоголізм, наркоманія), лікарських інтоксикацій (антидепресанти, анксиолітики, гіпнотики, антиконвульсанти, антиаритміки, гіпотензивні, антихолінергічні засоби, хіміотерапевтичні препарати, променева енцефалопатія).

IV. Комбіновані (судинно-нейродегенеративні, дисметаболічні) когнітивні порушення.

V. Нейроінфекції і демієлінізуючі захворювання (розсіяний склероз, ВІЛ-асоційована енцефалопатія, гострі і підгострі менінгіти та енцефаліти, нейросифіліс, лейкоцистоз та ін.)

VI. Травматичні пошкодження головного мозку.

VII. Пухлини головного мозку.

VIII. Паранеопластичні стани (лімбічний енцефаліт).

IX. Ліквородинамічні порушення (нормотензивна гідроцефалія, внутрішньочерепна гіпертензія).

X. Емоційні й інші психічні розлади (депресія, манія, шизофренія та ін.).

XI. Порушення сну і неспання.

Клінічний випадок № 2. Пацієнтка П., 44 роки.

Скарги: хиткість, запаморочення, слабкість, судомні напади із втратою свідомості, слабкість, підвищена стомлюваність. *Анамнез.* Захворіла гостро (перші скарги до встановлення діагнозу 3 міс.): Січень - пневмонія з курсом антибіотикотерапії; кінець січня - розлад мови, госпіталізація в неврологічне відділення КОШМД з підозрою на ГПМК. У стаціонарі розвивається судомний синдром, у зв'язку з чим переведення до ВРІТ. Диференціювався менінгоенцефаліт. КТ головного мозку та ліквор без патологічних змін. Після стабілізації стану (лютий) переведена в неврологічне відділення для встановлення діагнозу. *Неврологічний статус:* свідомість ясна,

астенічний синдром, мнестична афазія. Координаторна недостатність (горизонтальний ністагм, у позі Ромберга нестійка, ПНП – невпевнено). Сухожильні рефлекси підвищені, клонус лівої стопи. МРТ головного мозку – лакунарні вогнищеві зміни. АТ=100/70 мм рт. ст. PS – 78 уд/хв.

Після повного обстеження **заключний діагноз:** енцефалопатія Хашимото. **Супутній:** хронічний аутоімунний тиреоїдит, дифузновузлова форма (вузловий зоб справа), гіпотиреоз; залізодофіцитна анемія середньої тяжкості; алопеція, що асоційована з мікотичною інфекцією; стан після перенесеної пневмонії.

Енцефалопатія Хашимото (ЕХ) являє собою нейроендокринний синдром і розглядається як аутоімунне запальне ураження головного мозку. За даними літератури, частота поширеності ЕХ становить 2,1 на 100 000 населення. Середній вік початку захворювання близько 44 років, причому п'ята частина всіх випадків припадає на осіб віком до 18 років. Жінки страждають у 4-5 разів частіше за чоловіків. Тривалість захворювання варіює від 2 до 25 років [1].

На цей час енцефалопатія Хашимото розглядається як енцефалопатія з гострим або підгострим початком, що виявляється періодично виникаючим тремором, міоклоніями, епілептичними нападами, атаксією, психічними порушеннями і характеризується прогресуючим або хвилеподібним перебігом з наявністю спонтанних ремісій, під час яких настає повна або часткова оборотність неврологічних і психічних порушень. При цьому виключаються судинні, інфекційні, пухлинні та інші причини ураження головного мозку.

Клінічний випадок № 3. Пацієнт М., 74 роки.

Скарги хворого та спостереження родичів: запаморочення, зниження короткої пам'яті, напади агресії, інколи афективні реакції, дезорієнтація в місці, собі (декілька разів заблукав – не знайшов дім). *З анамнезу:* виникнення скарг

та погіршення стану останні 1,5 місяці, після пневмонії (лікування в терапевтичному стаціонарі, де був обстежений). Після виникнення скарг хворого було спрямовано до психіатра чи невропатолога за бажанням родичів. При вирішенні питання щодо госпіталізації, більш детального розбору виникнення скарг, анамнезу було звернуто увагу в медичних документах на різкі коливання показників цукру в крові (від 2,5 до 20 ммоль/л). Після цього хворий був госпіталізований до терапевтичного відділення для встановлення ступеня декомпенсації цукрового діабету 2 типу (стаж хвороби 15 років). **Після нормалізації (усунення гіпоглікемії) ендокринного захворювання повністю регресували когнітивні порушення, окрім зниження короткої пам'яті.**

Одним з важливих діагностичних критеріїв когнітивних порушень із соматичних факторів є гіпоглікемія. Симптоми гіпоглікемії у хворих похилого віку, які перебувають на інсуліновій або іншій цукрознижувальній терапії, можуть розвинути при більш низьких концентраціях глюкози в крові. Гіпоглікемічний стан літнього пацієнта з цукровим діабетом характеризується нечіткою симптоматикою, а результат менш сприятливий, ніж у молодих людей, хворих на діабет. Тому такий стан може залишитися невиявленим, а отже не буде надана адекватна допомога.

У пацієнтів похилого віку на тлі глікемії частіше проявляються клінічно неврологічні порушення (сплутаність свідомості, делірій, запаморочення, слабкість і падіння), ніж адренергічні. Важливо також, що гіпоглікемія сприяє загостренню вже наявних захворювань (наприклад, ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних захворювань) [5].

Наведені клінічні приклади ще раз підтверджують, що когнітивні порушення – це синдром, який може бути основним чи супутнім. І прогноз його зворотності чи прогресування залежить від етіології патологічних змін мозку та встановленої нозологічної форми хвороби.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аленикова О.А. Энцефалопатия Хашимото / О.А. Аленикова, С.Л. Куликова, С.А. Лихачев // Неврол. журнал. – 2013. – № 6. – С. 22-26.
2. Деменции: руководство для врачей / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина, Н.Н. Коберская [и др.] // 3-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2011.
3. Кадыков А.С. Когнитивные нарушения и деменция в неврологической практике / А.С. Кадыков,

- Н.В. Шапаронова / Журнал «НейроNews». – 2006. – № 1/1. <http://neuronews.com.ua/page/kognitivnye-narusheniya-i-demenciya-v-nevrologicheskoy-praktike>.

4. Марценковский И.А. Легкие когнитивные нарушения / И.А. Марценковский, К.В. Дубовик // Журнал «НейроNews». – 2016. – № 2/1. (<http://health-ua.com/stati/neurology/legkie-kognitivnyie-narusheniya.html>).

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, Koberskaya 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://neuronews.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