

Когнитивни нарушения сред възрастното население

Нели Петрова

Abstract: *The worldwide population is ageing and the proportion of elderly aged 60 and over is expected to dramatically rise in all the world. An emerging field of research over the last decade has been cognitive decline and dementia among the adult population. The aim of this study was to integrate classification, early diagnosis, clinical and epidemiological perspectives on the topic of mild cognitive impairment and dementia.*

Key Words: *mild cognitive impairment, vascular cognitive impairment, dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, prevalence.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Нарушенията на когнитивните функции и деменциите са сред централните проблеми в клиничната неврология и психология през последното десетилетие. Тяхното нарастващо значение обуславя разглеждането им като едно от най-големите предизвикателства към съвременното здравеопазване.

Деменцията е клиничен синдром, който се характеризира с упадък на множество когнитивни функции, достатъчно значим, за да наруши ежедневните дейности на болните [1] и появяващ се при нормална степен на съзнание. Типичното прогресиране на когнитивните и поведенчески нарушения води до постепенна загуба на самостоятелност и необходимост от постоянно обгрижване. Така заболяването се превръща в тежък медицински и социален проблем, водещ до значимо понижаване на качеството на живот на пациентите и техните близки, а също така изискващ и значителни финансови разходи. Проучванията в областта на деменциите през последните години придобиват изключително важно значение поради нарастването на продължителността на живота, особено в т.нар. развити страни на Европа и Северна Америка. Различните форми на деменция - Болест на Алцхаймер, съдова, смесена и др., според становище на експертите от Световната здравна организация, са едни от най-значимите здравни и социални проблеми на 21-ви век, нареждайки се до съдовите и онкологичните заболявания.

КЛАСИФИКАЦИЯ НА КОГНИТИВНИТЕ НАРУШЕНИЯ

През последните години бурно се развива терминологията за характеризиране на когнитивните синдроми. **Когнитивното нарушение** е свързано с възприемането, обработката, осъзнаването на информацията в мозъка. Въпреки лекото прогресивно снижаване на всички когнитивни функции след 30 год., някои показатели от вербалните функции – речников и информационен фонд и разбиране, са по-съхранени от невербалната и екзекутивната дейност. След 60 год. вербалните функции също се влошават. Най-подчертани са промените в обучението, паметта и разрешаването на проблеми. Възможността да се научи, придобие и задържи нова информация, за припомняне на имена и за концентрация намалява, особено след 70 год. Паметта може да бъде нарушена и при запазени други интелектуални сфери. Характерна е трудността при припомняне на имена и дати при съхранена памет за собствен опит. Възможно е възрастово обусловено снижение и на други когнитивни (речеви и зрително-пространствени) или двигателни (изпълнение на комплексни действия) функции.

Терминът „доброкачествено старческо забравяне – benign senescent forgetfulness“ (V.A.Kral, 1962) се отнася за паметови нарушения, които за разлика от болестта на Алцхаймер, не се влошават или прогресират бавно за дълъг период, без да повлияват ежедневната дейност.

По-късно са въведени редица диагностични критерии, които оценяват паметовите способности на възрастните не само в сравнение с младите, но и с лица

в същата възрастова група. Оформят се няколко групи, при които лицата не покриват критериите за деменции:

- Свързано с възрастта паметово нарушение (age-associated memory impairment AAMI);
- Съответно на възрастта паметово нарушение (age-consistent memory impairment, ACMI);
- Забравяне в късна възраст (late-life forgetfulness – LLF);
- Свързан с възрастта когнитивен дефицит (aging-associated cognitive decline, AACD);
- Свързано с възрастта снижение на когнитивните функции (age-related cognitive decline, ARCD). Включените в тази група имат по-висок риск за деменция, тъй като когнитивният им дефицит е под възрастово и образователно съобразените норми.

Тежестта на когнитивния дефицит нараства с възрастта. Зависимостта между когнитивните нарушения и образователния ценз обаче е обратна.

Проучванията в последните години свидетелстват за наличието на постепенен преход на функциите между нормалното стареене и най-ранните признаци на деменция. Съвременният термин за такъв когнитивен дефицит е „леко когнитивно нарушение“ (mild cognitive impairment – MCI). Въведен е от Clinic Alzheimer’s disease research Center (MCADRC) като се представени и диагностични критерии. Той характеризира лица, които имат паметови нарушения, по-изразени от очакваните за съответната възраст, при съхранено общо когнитивно функциониране и нормални ежедневни дейности. Поради това тези лица не отговарят на диагностичните критерии за болест на Алцхаймер. Когато се проследят лонгитудинално, те показват ясна тенденция за прогресиране към клинично вероятна болест на Алцхаймер с честота 10-15% за една година [6].

По аналогия с лекото когнитивно нарушение като най-ранна фаза на болестта на Алцхаймер е въведено понятието „леко съдово когнитивно нарушение“ за означаване на когнитивния дефицит, резултат от въздействието на различните форми на мозъчно-съдова болест. Всъщност съдовото когнитивно нарушение е широкообхванат термин, включващ пациенти с когнитивни нарушения свързани с артериална хипертония, захарен диабет, атеросклероза, транзиторни исхемични атаки, мултипли корови-подкорови инфаркти, „тихи“ (silent) инфаркти, стратегически инфаркти, болест на малките съдове с лезии в бялото мозъчно вещество и лакуни. Двата основни фактора, които дефинират съдовото когнитивно нарушение са тежестта на когнитивните нарушения и патерна на засегнатите когнитивни области [5].

Деменцията се проявява с паметово нарушение (неспособност за заучаване на нова информация и припомняне на заучена) и със засягане на поне още една от следните когнитивни функции: мисловна дейност и изпълнение на сложни, комплексни задачи; концентрация и запазване на вниманието; способност за планиране и контрол над собствените си действия; разпознаване на предмети и хора и преценка на разстоянията; разбиране и използване на речта. С напредването на деменцията, когнитивните и поведенчески нарушения водят до прогресивна загуба на самостоятелността на болните.

Както всички други заболявания, така и деменциите могат да бъдат групирани по различен начин, в зависимост от избрания критерий. Най-широко разпространение намира етиологичната класификация, която включва: дегенеративни, съдови, смесени, инфекциозни, травматични, токсични и други типове деменции (Таблица 1).

Таблица 1. Класификация на деменциите

Дегенеративни заболявания
Корови дегенеративни заболявания
Болест на Алцхаймер
Фронтотемпорална деменция
Болест с дифузни телца на Леви
Подкорови дегенеративни заболявания
Болест на Паркинсон
Болест на Хънтингтон
Прогресивна супрануклеарна парализа
Мулти-системна атрофия
Кортико-базална дегенерация
Съдови заболявания
Мулти-инфарктна деменция
Подкорова съдова деменция
Метаболитно/Ендокринни заболявания
Болест на Уилсън
Хипотироидизъм
Дефицит на витамин В12 или фолиева киселина
Инфекции
AIDS-деменция комплекс
Възможно трансмисивни заболявания (Круги, болест на Кройцфелд-Якоб)
Токсични причини
Алкохол-свързани синдроми
Медикаменти и др.
Други заболявания предизвикващи деменция
Множествена склероза
Хидроцефалия с нормално налягане
Черепно-мозъчна травма
Деменция свързана с депресия (псевдодеменция)

Този етиологичен подход не е достатъчно изчерпателен, поради липсата на ясно дефинирана причина за голям брой от деменциите, като например болестта на Алцхаймер. За класифицирането на тези заболявания е възприет терминът „дегенеративни“, въпреки липсата на ясна дефиниция за дегенеративно заболяване. Според едно от най-разпространените определения, дегенеративен означава освен липса на етиология – прогресивен ход, необратимост на промените и липса на етиологично лечение. При невродегенеративните заболявания се идентифицират все повече нарушения в продукцията, агрегацията, метаболизма и разграждането на протеините. Нарушенията в три протеина играят основна роля при повече от 90% от всички невродегенеративни заболявания: амилоид бета протеин, Тау протеин и алфа-синуклеин [2].

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболеваемостта от деменции нараства значително с възрастта, като се удвоява за всеки 5 години след 60-годишна възраст. В настоящия момент в света 3-6% от населението между 65- и 79-годишна възраст и 20-30% от населението между 80 и 95 години боледуват от деменция. Приема се, че през 2010 год. в света от деменция страдат над 35 милиона души. Очаква се този брой да се удвоява всеки 20 години, особено ако не се открият и прилагат общодостъпни методи за превенция и лечение. Така през 2030 год. болните биха били повече от 65 милиона, а през 2050 год. – над 115 милиона [4]. Само в Европейския съюз болните са близо 10 милиона и биха надхвърлили 14 милиона до 2050 год.

Болестта на Алцхаймер е причина за възникване на приблизително 55% от случаите на деменция в третата възраст. Следват съдовата деменция (15% от деменциите), болестта с дифузни телца на Леви (10%), фронто-темпоралната (10%) и подкорковите дегенеративни деменции (5%). Останалите форми представляват общо 5% от всички деменции. Специално внимание заслужава наличието на дементен синдром, дължащ се на съчетанието между болест на Алцхаймер и мозъчно-съдова болест. За клиничното класифициране на това съчетание е предложен терминът „смесена деменция“, която е третата по честота и се наблюдава при 10-15% от дементно болните [7].

Скорошно епидемиологично проучване в България показва, че при 7,2% от възрастните хора над 65 годишна възраст се установява деменция. Болестта на Алцхаймер е най-честата причина за деменция (43%), следвана от съдово когнитивно нарушение (28%). Тези резултати показват, че честотата на съдовото когнитивно нарушение е по-голяма в България в сравнение с повечето европейски страни [3].

ДИАГНОСТИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Диагнозата на когнитивните нарушения изисква обективна анамнеза, щателно неврологично, психиатрично и инструментално изследване. Необходимо е целенасочено продължаващо наблюдение на болните. Невропсихологичните тестове позволяват да се определи степента на когнитивния дефицит. Провеждат се компютърна и магнитно-резонансна томография на мозъка, изследвания на ликвор, кръвна картина, липиден профил, кръвна захар, серумни електролити, специализирани тестове за оценка на чернодробната и щитовидната функции, за медикаментозна интоксикация, инфекции, дефицит на витамин В12 и фолиева киселина. За своевременната диагностика е необходим комплексен анализ на резултатите от клиничното и невропсихологичното изследване, от лабораторните тестове и невроизобразяващите методи. Когнитивните функции са важен предиктор на заболяемостта и смъртността, особено при по-възрастното население, но те обикчано не се включват в клиничната практика като част от глобалния риск и оценката на поразяване на таргетните органи. Затова терапевтичните цели трябва да се насочват към още по-детайлно изследване на „мозъка в риск“. Удачно е утвърждаването и усъвършенстването на практически когнитивни батерии за оценка на лица с леко когнитивно нарушение, детайлно проучване и изучаване връзката между локализацията, тежестта и степента на мозъчна увреда и развилите се когнитивни нарушения, като краен резултат ще се считат наличните заболявания и когнитивния резерв, подробно уточняване на невропсихологичните отклонения съобразно неврорадиологичните корелации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранното и адекватно диагностициране и лечение на вече проявените когнитивни нарушения би довело до отсрочване и дори предотвратяване на тежките стадии на деменция, свързани с пълна загуба на автономията на болните. От друга страна ранното идентифициране на лицата с повишен риск за развитието на дементен синдром би довело до значимо снижаване на заболяемостта, а оттам и на огромните медико-социални разходи, които изисква дигрижването на болни с проявена деменция. Като краен резултат ще се снижат директните и индиректните разходи на обществото, на болния и неговото семейство.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Национален консенсус за ранна диагностика и лечение на Болестта на Алцхаймер и други форми на деменция. София 2007.
- [2]. Трайков Л, Мехрабиан Ш, Павлова Р, Петрова М, Райчева М. Ранна диагноза на деменция при дегенеративни заболявания. София, 2012, 12-14.

- [3]. Dimitrov I, Tzourio C, Milanov I, Deleva N, Traykov L. Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in a Bulgarian urban population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 2012, 27: 131-5.
- [4]. Ferri C, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, et al. Alzheimer`s Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 2005, 366: 2112-7.
- [5]. O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B, et al. Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurology* 2003; 2: 89–98.
- [6]. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch. Neurol.*, 2001, 58; 1985-1992.
- [7]. Traykov L, Baudic S, Thibaudet MC, Rigaud AS, Smaghe A, Boller F. Neuropsychological deficit in early subcortical vascular dementia: comparison to Alzheimer`s disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002, 14:26-32.

За контакти:

Д-р Нели Петрова, „МБАЛ-Русе“ АД, Отделение Функционална диагностика на нервната система, тел.: (082)887388, e-mail: npetrova27@yahoo.com

Докладът е рецензиран.