

П. В. Кидонь

## АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ ДІАГНОСТИКИ ДЕМЕНЦІЙ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

P. V. Kydon

### ANALYSIS OF DEMENTIA DIAGNOSIS PROBLEMS IN THE POLTAVA REGION

**Ключові слова:** деменція, діагност, хвороба Альцгеймера, судинна деменція, деменція з тільцями Леві, хвороба Крейтцфельдта — Якоба, хвороба Гантінгтона, хвороба Паркінсона, нейросифіліс

**Key words:** dementia, diagnosis, Alzheimer's disease, vascular dementia, dementia with Lewy bodies, Creutzfeldt–Jakob disease, Huntington's disease, Parkinson's disease, neurosyphilis

У статті порушене питання про причини відмінності нозологічної структури деменцій в Україні і світі та причини недостатнього рівня діагностики цієї патології.

Метою роботи було провести аналіз клінічної діагностики деменції, ґрунтуючись на даних первинної документації щодо стаціонарних пацієнтів КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» за 2023 р. Проаналізовані 626 історій хвороби пацієнтів з діагнозом деменція, дані нейровізуалізаційного, нейрофізіологічного та лабораторного обстежень, огляди суміжних спеціалістів. За результатами проведеного аналізу виокремлені та систематизовані основні проблеми, з якими стикаються практичні лікарі під час діагностики та диференціальної діагностики основних клінічних форм деменцій.

Встановлено, що для правильної прижиттєвої діагностики деменцій потрібна комплексна праця сімейного лікаря, психіатра, невролога, інфекціоніста та лікарів інструментальної діагностики. Окрім ретельного аналізу клінічних феноменів, треба уважно зібрати анамнез, проаналізувати дані електроенцефалографії, нейровізуалізаційних та лабораторних методів обстеження. Правильно встановлений клінічний тип деменції дасть змогу призначити адекватну терапію, що в свою чергу приведе до підвищення якості та збільшення тривалості життя пацієнта, зупинення прогресування, а в деяких випадках і до регресу симптоматики когнітивного дефіциту.

The article raises the question of the reasons for the difference in the nosological structure of dementia in Ukraine and the world and the reasons for the insufficient level of diagnosis of this pathology.

The aim of the work was to conduct an analysis of the clinical diagnosis of dementia based on the data of the primary documentation of inpatients of the CE "Regional Institution of Mental Psychiatric Care of the Poltava Regional Council" for 2023. 626 medical histories of patients with a diagnosis of dementia, data of neuroimaging, neurophysiological and laboratory examinations, examinations of related specialists were analyzed. On the basis of the conducted analysis, the main problems encountered by practicing doctors in the diagnosis and differential diagnosis of the main clinical forms of dementia were identified and systematized.

It has been established that the complex work of a family doctor, a psychiatrist, a neurologist, an infectious disease specialist, and doctors of instrumental diagnostics is necessary for correct lifetime diagnosis of dementia. In addition to a careful analysis of clinical phenomena, it is necessary to carefully collect the anamnesis, analyze the data of electroencephalography, neuroimaging and laboratory examination methods. A correctly established clinical type of dementia will allow prescribing adequate therapy, which in turn will lead to an increase in the quality and duration of the patient's life, a halt in progression, and in some cases to a regression of symptoms of cognitive deficits.

Деменція є актуальною проблемою сучасної неврології та психіатрії, оскільки вона є лідером серед психічних розладів, пов'язаних з віком [1; 2]. Щороку у світі реєструється понад 10 мільйонів нових випадків деменції, тобто один новий випадок кожні 3,2 секунди. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість людей з деменцією в усьому світі становить приблизно 55 мільйонів, водночас з цим очікується, що вона досягне приблизно 78 мільйонів до 2030 року та 139 мільйонів до 2050 року. Істотна частина збільшення припадає на країни, що розвиваються. Вже 60 % людей з деменцією живуть у країнах з низьким і середнім рівнем доходу, але до 2050 року ця кількість збільшиться до 71 % [3—5]. На вересень 2022 року в Україні на обліку з діагнозом деменція перебувало понад 73 тис. пацієнтів [6]. Середній показник

поширеності деменції в Україні дорівнював 99,72 на 100 тис. населення [7].

Деменція є поліетіологічним, мультидисциплінарним та мультифакторіальним синдромом, який розвивається при різних патологічних станах головного мозку. Частота основних нозологічних форм деменції, відповідно до різних літературних джерел, має відмінності, але лідерами вказують хворобу Альцгеймера (25—65 %), поєднання хвороби Альцгеймера з цереброваскулярною патологією (8—25 %), деменцію з тільцями Леві (1—20 %) та судинну деменцію (6—15 %) [8; 9]. Водночас нозологічна структура деменцій в Україні відрізняється від світових тенденцій: переважає судинна форма (62,59 %), а хвороба Альцгеймера становить лише 12,0 %. Спостерігається суттєве коливання показників поширеності деменції та хвороби Альцгеймера в різних регіонах країни — зазначені показники мо-

жуть відрізнятися у 6 і більше разів [6; 7]. Наприклад, в Полтавській області 2023 року серед пацієнтів з деменцією, які отримали стаціонарну психіатричну допомогу на базі КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради», діагноз деменція при хворобі Альцгеймера встановлений у 0,16 % випадків, судинна деменція — у 75,24 %, деменція при хворобах, класифікованих в інших рубриках — у 23,80 %, неуточнена деменція — у 0,80 % [10].

Дослідження показують, що у більшості людей, які зараз живуть із деменцією, не встановлено офіційного діагнозу. У країнах з високим рівнем доходу лише 20—50 % випадків деменції розпізнають та документують в закладах первинної медичної допомоги. Цей «дефіцит діагностики», безумовно, набагато більший у країнах з низьким і середнім рівнем доходу — недиагностованими можуть залишатися 90 % захворювань. Якщо цю статистику екстраполювати на всі країни світу, то приблизно 75 % людей з деменцією не отримали діагнозу, а отже, не мають доступу до адекватної терапії, догляду та організованої допомоги [4; 11].

Тому постає питання про причини відмінності нозологічної структури деменцій в Україні і світі та причини недостатнього рівня діагностики цієї патології.

Метою роботи було провести аналіз клінічної діагностики деменцій на підставі даних первинної документації стаціонарних пацієнтів КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» за 2023 р.

Проаналізовані 626 історій хвороби пацієнтів з діагнозом деменція, які отримували стаціонарну психіатричну допомогу у КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» 2023 року, дані нейровізуалізаційного, нейрофізіологічного та лабораторного обстежень, огляди суміжних спеціалістів (неврологів, терапевтів, інфекціоністів, наркологів, сімейних лікарів). За результатами проведеного аналізу виокремлені та систематизовані основні проблеми, з якими стикаються практичні лікарі під час діагностики та диференціальної діагностики основних клінічних форм деменцій.

*Деменція при хворобі Альцгеймера та судинна деменція.* На думку практичних лікарів, основною проблемою під час встановлення діагнозу хвороба Альцгеймера є відсутність даних нейровізуалізаційних обстежень, що зумовлено скрутним матеріальним станом пацієнтів та їх рідних. Зазвичай пацієнти перед зверненням до психіатра неодноразово були оглянуті сімейними лікарями, терапевтами та неврологами. Тому у більшості пацієнтів є супутні судинні захворювання або діагноз дисциркуляторна енцефалопатія, який поставив невролог. Як наслідок, судинну патологію розцінюють як провідну причину інтелектуального дефіциту, часто без проведення додаткових обстежень. Але такі діагнози не можуть бути диференціально-діагностичним критерієм, оскільки артеріальна гіпертензія та атеросклероз

є факторами ризику як судинної деменції, так і хвороби Альцгеймера. Окрім того, складнощі для точної діагностики спричиняють і клінічні перехресні симптоми цих розладів. Як при хворобі Альцгеймера, так і при судинній деменції можуть спостерігатися поступовий початок, періоди стабілізації стану, афективні, моторні та тазові порушення, лейкоареоз. До диференціально-діагностичних критеріїв належать гострий або підгострий початок та регрес симптоматики при судинній деменції, але вказані клініко-динамічні ознаки не є обов'язковими. Когнітивні порушення також мають свою специфіку: для судинної деменції характерні дисфункції підкіркових і лобових відділів з брадифренією та порушенням планування і організації діяльності при відносно збереженій пам'яті, а для хвороби Альцгеймера ознаки дисфункції скронево-тім'яної кори з амнезією, афазією і порушенням просторових функцій. Нейровізуалізація при хворобі Альцгеймера виявляє ознаки церебральної атрофії, найбільш виражені в медіальних відділах скроневого часток (гіпокампи) та корітім'яних часток. Атрофія гіпокампа є однією з ранніх діагностичних ознак хвороби Альцгеймера. При судинній деменції найбільш надійними діагностичними критеріями є ознаки інфаркту мозку, які проявляються у вигляді кіст або вогнищевих змін речовини мозку (наприклад, у вигляді значного субкортикального лейкоареозу, який наявний більш ніж у 90 % пацієнтів з судинною деменцією).

Також діагностику типу деменції може ускладнювати наявність у пацієнтів поєднаної атрофічної та судинної патології — так званої змішаної деменції. Клінічно при змішаній деменції є симптоми, що характерні як для хвороби Альцгеймера, так і для хронічної цереброваскулярної недостатності.

Одним з диференціальних інструментів атрофічних та судинної деменцій є ішемічна шкала Хачінського. Найбільш значущими ознаками, які відрізняють судинну деменцію від інших, є раптовий початок, ступінчастий перебіг, наявність флуктуацій та інсульту в анамнезі. Наявність нічної сплутаності і депресія істотного диференціально-діагностичного значення не мають. Цінність цієї шкали для діагностики змішаної деменції — невелика.

*Деменція при хворобі Піка (фронтотемпоральна деменція).* Як правило, пацієнти та їхні рідні при цьому розладі звертаються до психіатра вже на стадії розвинених когнітивних розладів, які слабо відрізняються від інших деменцій. Тому основою метою під час встановлення цього діагнозу є ретельний збір анамнезу, оскільки ключовими диференціально-діагностичними ознаками є ініціальні симптоми захворювання. Фронтотемпоральна деменція, на відміну від хвороби Альцгеймера, дебютує особистісними змінами, емоційно-вольовими та поведінковими симптомами, які залежать від локалізації атрофічного процесу. У разі ураження лобових часток поступово наростають бездіяльність, гіпобулія, емоційна сплосченість. У разі атрофії в базальній корі зміни проявляються втратою відчуття дистанції,

такту, етичних установок, з'являються розгальмованість, ейфорія, пацієнти стають імпульсивними, неохайними, брутальними, перестають дотримуватися персональної гігієни та догляду за собою. Типовими є специфічний гумор та гіперсесуальність. Критичного ставлення до наявних симптомів у пацієнтів немає. Рідні такі ознаки часто можуть трактувати як «вікові прояви», або симптоми інших органічних уражень головного мозку. Нейровізуалізаційні методи виявляють атрофію лобової та передньої скроневої кори. Ряд авторів зазначають, що на ранніх етапах хвороби зміни на МРТ можуть бути не виявлені.

Отже, якщо у пацієнта наявна атрофічна деменція, а в анамнезі є дані, що в дебюті захворювання на перший план виступали некогнітивні розлади, можна підозрювати, що у пацієнта — деменція при хворобі Піка.

*Деменція з тільцями Леві.* Такий діагноз дуже рідко встановлюють пацієнтам, незважаючи на досить чіткі клінічні критерії діагностики. Основними розладами, з якими треба проводити диференціальну діагностику деменції з тільцями Леві, є деменція при хворобі Паркінсона та деменція при хворобі Альцгеймера. Основним диференціальним критерієм між деменцією з тільцями Леві та деменцією при хворобі Паркінсона є часовий. Час між появою рухових та когнітивних розладів не повинен перевищувати один рік (за іншими даними — два). Водночас при хворобі Паркінсона рухові розлади завжди передують когнітивним та спостерігаються протягом багатьох років. Окрім того симптоми паркінсонізму відрізняються при цих двох розладах: тремор при деменції з тільцями Леві спостерігається досить рідко, а типовими моторними порушеннями є ригідність, падіння та брадикінезія. Також при деменції з тільцями Леві прояви паркінсонізму не мають чіткої асиметрії. Під час проведення диференціальної діагностики з іншими деменціями також звертаємо увагу на велике поширення психотичних симптомів у пацієнтів з цією патологією. Типовими є зорові галюцинації, як правило, чіткі, предметні і які розвиваються протягом першого року захворювання. Маячення формується на стадії розвиненої деменції. Ще однією клінічною особливістю деменції з тільцями Леві є флуктуація, яка проявляється епізодами спонтанного погіршення стану. Цей період триває від декількох діб до декількох місяців і закінчується спонтанним поліпшенням. Нетримання сечі та інші вегетативні дисфункції також є диференціальними критеріями з хворобою Альцгеймера. Під час проведення МРТ виявляється збереження об'ємів гіпокампа та медіальної скроневої частки, що відрізняє деменцію з тільцями Леві від хвороби Альцгеймера.

Отже, при поєднанні у пацієнта деменції з паркінсонізмом, який наявний не більш як один рік, та візуальними галюцинаціями можна підозрювати у пацієнта деменцію з тільцями Леві.

*Деменція при хворобі Крейтцфельда — Якоба.* Цей діагноз є вкрай рідкісним у психіатричних стаціонарах Полтавської області. Зазвичай його

встановлюють на підставі діагнозу, який поставив невролог. Клінічно симптоми розладу психіки подібні таким при інших деменціях, але захворювання перебігає зловійсно і швидко прогресує. Певну клінічну специфіку має неврологічна симптоматика. Можуть спостерігатися екстрапірамідні симптоми у вигляді міоклоній, хореоатетозу; пірамідні розлади у вигляді центральних парезів кінцівок. Досить специфічними є результати електроенцефалографічного дослідження: у пацієнтів спостерігається поліморфна повільнохвильова активність з гострими хвилями. Під час проведення МРТ виявляється гіперінтенсивність сигналу від базальних гангліїв, таламусу та кори.

*Деменція при хворобі Гантінгтона.* Діагностика цього розладу зазвичай не становить складнощів. Пацієнти з когнітивними або іншими психічними розладами в психіатричний стаціонар потрапляють з вже встановленим неврологічним діагнозом. Окрім вираженої неврологічної патології цей тип деменції відрізняється від інших віком дебюту захворювання. Типовим віком дебюту є 30—50 років, але може спостерігатися і ювенільна форма з початком захворювання до 20 років. Також для діагностики можна використовувати генеалогічний метод, оскільки хорея Гантінгтона є спадковим розладом з аутосомно-домінантним типом успадкування.

*Деменція при хворобі Паркінсона.* Аналогічно попередньому розладу первинний діагноз встановлює невролог, а деменцію, яка, як і при хорей Гантінгтона, є вторинною, діагностують у разі прогресування захворювання. Наявна неврологічна симптоматика дає змогу без помилок встановити правильний діагноз. Основним діагнозом, з яким треба проводити диференціальну діагностику, є деменція з тільцями Леві. Основним критерієм для диференціальної діагностики деменції при хворобі Паркінсона з вказаним розладом, як вже зазначалося, є повільне прогресування когнітивного дефіциту при хворобі Паркінсона.

*Деменція при сифілісі головного мозку та прогресивному паралічу.* Діагностика деменції, викликаній сифілітичними ураженнями головного мозку, може мати складнощі на етапі амбулаторного лікування. Наприклад, специфічним типом ураження артеріальних судин головного мозку є облітеруючий ендартеріїт з переважною проліферацією внутрішньої оболонки, що веде до звуження просвіту судин. Клінічно це неможливо відрізнити від атеросклерозу судин головного мозку. Тому без аналізу на сифіліс пацієнтам зазвичай встановлюють діагноз судинна деменція. В межах психіатричного стаціонару комплекс серологічних реакцій на сифіліс є обов'язковим обстеженням. Тому навіть у разі встановлення діагнозу судинна деменція під час госпіталізації надалі його переглядають на користь деменції, зумовленої нейросифілісом. Спочатку отриманий позитивний аналіз крові далі підтверджується аналізом спинномозкової рідини. Хибно негативні результати у цей період неможливі, оскільки цей тип сифілісу належить до третинних: си-

філіс головного мозку розвивається через 4—7 років після зараження, прогресивний параліч — через 10—12 років і більше. Під час досліджування ліквору окрім позитивних серологічних реакцій на сифіліс виявляють й інші специфічні ознаки: підвищений цитоз, загальний вміст білка, перевищення рівня глобулінів над альбумінами.

Отже, для правильної прижиттєвої діагностики деменцій потрібна комплексна праця сімейного лікаря, психіатра, невролога, інфекціоніста та лікарів інструментальної діагностики. Окрім ретельного аналізу клінічних феноменів, треба уважно зібрати анамнез, проаналізувати дані електроенцефалографії, нейровізуалізаційних та лабораторних методів обстеження. Правильно встановлений клінічний тип деменції дасть змогу призначити адекватну терапію, що в свою чергу приведе до підвищення якості та збільшення тривалості життя пацієнта, зупинення прогресування, а в деяких випадках і до регресу симптоматики когнітивного дефіциту.

### Список літератури

1. Підкоритов В. С. Судинна деменція — сучасна проблема психіатрії // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 4 (89). С. 76—78. URL: <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/c44/c4418e8b8211ba940db97fb3ef9ad28e.pdf>.
2. Ментальне здоров'я населення Полтавської області: колективна монографія / за ред. А. М. Скрипнікова, Л. О. Герасименко. Полтава: ПП «Астрая», 2023. 190 с. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/4556b3db-5b75-4bab-98c0-eb708279c6a9/content>.
3. Shin J. H. Dementia epidemiology fact sheet 2022 // *Ann Rehabil Med*. 2022. No. 46 (2). P. 53—59. DOI: 10.5535/arm.22027.
4. Dementia statistics. URL: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>.
5. Chertkow H. An Action Plan to Face the Challenge of Dementia: International Statement on Dementia from IAP for Health // *J Prev Alzheimers Dis*. 2018. No. 5 (3). P. 207—212. DOI: 10.14283/jpad.2018.27.
6. Статистика та основні цифри. URL: <https://www.nezabutni.org/about-us/news-and-media/statistics>.
7. Дослідження епідеміології деменції та хвороби Альцгеймера в Україні / [М. С. Федотова, Г. Л. Панфілова, О. В. Цурикова, О. М. Блажівська] // Вісник фармації. 2021. № 2 (102). С. 50—58. DOI: <https://doi.org/10.24959/nphj.21.58>.
8. Деменція: навчально-методичний посібник / [О. А. Козьолкін, М. В. Сікорська, І. В. Візір, Ю. М. Нерянова]. Запоріжжя: ЗДМУ, 2015. 90 с. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/32438>.
9. Bridging Scales in Alzheimer's Disease: Biological Framework for Brain Simulation With The Virtual Brain / L. Stefanovski, J. M. Meier, R. K. Pai [et al.] // *Front Neuroinform*. 2021. No. 15. P. 630172. DOI: <https://doi.org/10.3389/fninf.2021.630172>.
10. Кидонь П. В. Нозологічна структура надання стаціонарної психіатричної допомоги в Полтавській області у 2023 році // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2024. Т. 24, вип. 2 (86). С. 166—169. DOI: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.24.2.166>.
11. Скрипніков А. М. Деменція: клінічний, патоморфологічний та психофармакологічний аспекти. Особливості догляду за пацієнтами з деменцією: навчально-методичний посібник / А. М. Скрипніков, К. В. Гринь, О. В. Погорілко.

Полтава: ПП «Астрая», 2021. 148 с. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/16582>.

### References

1. Pidkorytov VS. Sudynna dementsiia — suchasna problema psykiatrii [Vascular dementia is a modern problem in psychiatry]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2016. 24. 4 (89): 76–78. <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/c44/c4418e8b8211ba940db97fb3ef9ad28e.pdf>. (In Ukrainian).
2. Skrypnikov AM, Herasymenko LO. (Eds.). *Mentalne zdorovia naseleennia Poltavskoi oblasti [Mental health of the population of the Poltava region]*. Poltava: Astraia. 2023. <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/4556b3db-5b75-4bab-98c0-eb708279c6a9/content> (In Ukrainian).
3. Shin JH. Dementia epidemiology fact sheet 2022. *Ann Rehabil Med*. 2022. 46 (2): 53–59. doi: 10.5535/arm.22027.
4. *Dementia statistics*. <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>.
5. Chertkow H. An Action Plan to Face the Challenge of Dementia: International Statement on Dementia from IAP for Health. *J Prev Alzheimers Dis*. 2018;5(3):207–212. doi: 10.14283/jpad.2018.27. PMID: 29972215.
6. *Statystyka ta osnovni tsyfry [Statistics and key numbers]*. <https://www.nezabutni.org/about-us/news-and-media/statistics>. (In Ukrainian).
7. Fedotova MS, Panfilova HL, Tsurikova OV, Blazhiievska OM. Doslidzhennia epidemiolohii dementsii ta khvoroby Altsheimera v Ukraini. *Visnyk farmatsii [News of Pharmacy]*. 2021. 2 (102): 50–58. doi: <https://doi.org/10.24959/nphj.21.58>. (In Ukrainian).
8. Kozolkin OA, Sikorska MV, Vizir IV, Nerianova YuM. *Dementsiia: navchalno-metodychnyi posibnyk [Dementia: educational and methodological guide]*. 2015. Zaporizhzhia: ZDMU. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/32438>. (In Ukrainian).
9. Stefanovski L, Meier JM, Pai RK, Triebkorn P, Lett T, Martin L, Bülau K, Hofmann-Apitius M, Solodkin A, McIntosh AR, Ritter P. Bridging Scales in Alzheimer's Disease: Biological Framework for Brain Simulation With The Virtual Brain. *Front Neuroinform*. 2021. 15: 630172. doi: <https://doi.org/10.3389/fninf.2021.630172>.
10. Kydon PV. Nozologichna struktura nadannia stacionarnoi psykiatrychnoi dopomohy v Poltavskii oblasti u 2023 rotsi. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrain-skoi medychnoi stomatologichnoi akademii [Actual Problems of the Modern Medicine: Bulletin of Ukrainian Medical Stomatological Academy]*. 2024. 24. 2 (86): 166–169. doi: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.24.2.166>. (In Ukrainian).
11. Skrypnikov AM, Hryn KV, Pohorilko OV. *Dementsiia: klinichnyi, patomorfologichnyi ta psykhofarmakologichnyi aspekty. Osoblyvosti dohliadu za patsientamy z dementsiieiu: navchalno-metodychnyi posibnyk [Dementia: clinical, pathomorphological and psychopharmacological aspects. Peculiarities of care for patients with dementia: educational and methodological guide]*. Poltava: Astraia. 2021. <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/16582>. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 23.09.2024

**КИДОНЬ Павло Володимирович**, кандидат медичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету, м. Полтава; e-mail: [pavlokydon@gmail.com](mailto:pavlokydon@gmail.com)  
**KYDON Pavlo**, MD, PhD, Associate Professor of the Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine; e-mail: [pavlokydon@gmail.com](mailto:pavlokydon@gmail.com)