



УДК 616.89-008.454:159.953(048.8)

Р.Т. Цой, С.Т. Турусбекова (д.м.н.), Н.К. Клипичкая (к.м.н.)

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ДЕМЕНЦИИ

Резюме. Изучая вопрос о возраст – зависимых заболеваниях, среди лиц 60 лет и старше, на этапе первично-медико-санитарной помощи, на приеме у невропатолога, наиболее часто встречаются жалобы пациентов на снижение памяти, проявляющееся просьбой повторить несколько раз одну и ту же информацию, растущей зависимостью от письменных напоминаний и ухудшение запоминания событий на текущий период времени. Трудности с решением проблем или планированием. Все это относят к первым симптомам умеренных когнитивных нарушений (УКН) и растущим риском возникновения синдрома деменции.

Ключевые слова: распространенность умеренных когнитивных нарушений, деменция, додементные нарушения, легкие когнитивные нарушения.

Введение

Начиная со второй половины XX века во всем мире наблюдается изменение возрастной структуры населения с постоянным увеличением в популяции доли пожилых и старых людей. Поэтому в современной медицине приобретают все большее значение профилактика и лечение большого числа возраст-зависимых заболеваний. Среди последних одно из ведущих мест занимают неврологические и нервно-психические нарушения, обусловленные как первичными расстройствами нервной системы, так и различными соматическими заболеваниями [1]. Когнитивные нарушения, включая деменцию, вызывают повышенный интерес мирового медицинского сообщества организации системы здравоохранения и врачей, в связи с растущей тенденцией продолжительности жизни и старением населения в мире. Сегодня, издается множество клинико-эпидемиологических трудов по выявлению причин когнитивных отклонений и развития синдрома деменции. Ведется поиск профилактических, диагностических мер и лечения данных нарушений. 60-80% в структуре деменции занимает Болезнь Альцгеймера, однако, авторы последних лет все чаще утверждают о смешанном генезе синдрома деменции, вынося первично цереброваскулярные нарушения. Сегодня с деменцией насчитывается более 46 миллионов человек во всем мире, что превышает численность населения Испании. По прогнозам ВОЗ, к 2050 году это число увеличится до 131,5 млн [2]. Деменция имеет огромное экономическое влияние. Общая оценочная стоимость на лечение пациентов с синдромом деменции в мире составляет 818 млрд. долларов США, и в 2018 году деменция станет заболеванием стоимостью в триллион долларов. Во многих частях мира растет озабоченность населения, касательно синдрома деменции (старческого слабоумия). 94% людей, живущих с

деменцией в странах с низким и средним уровнем дохода, заботятся о себе дома. Это регионы, в которых система здравоохранения часто предоставляет ограниченную помощь или вовсе не поддерживает людей, живущих с деменцией или/и их семьями. Говоря о развитии синдрома деменции среди лиц старше 60 лет, необходимо отметить, что развитие деменции (сенильного, старческого слабоумия) приходит не в одночасье. По данным всемирной литературы, существует промежуточная стадия – додементная стадия, когда у человека (или его членов семьи) есть время обратиться к специалистам за медицинской помощью. Данная стадия (додементная) называется легкими или умеренными когнитивными нарушениями.

Что такое когнитивные функции?

Под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира [3]. К когнитивным функциям относится память, гнозис, речь, праксис и интеллект.

Для оценки когнитивных функций используются нейропсихологические методы исследования. Они представляют собой различные тесты и пробы на запоминание и воспроизведение слов и рисунков, узнавание образов, решение интеллектуальных задач, исследование движений и т.д. [3, 4]. Полное нейропсихологическое исследование позволяет выявить клинические особенности когнитивных нарушений и поставить топический диагноз. Умение диагностировать когнитивные нарушения на ранней стадии становится все более важной задачей для врачей. В 2001 году, R.C. Petersen и соавт., в журнале «Американская Академия Неврологии» опубликовали статью «Практические параметры: раннее выявление деменции: Умеренные когнитивные нарушения (Литературный обзор основанный на доказательной базе)», которая показала необходимость в своевременной идентификации умеренных когни-

тивных нарушений (УКН), так как они являются промежуточной стадией синдрома деменции [5].

Целью данного литературного обзора является осветить проблему старения головного мозга, а именно, необходимость в раннем выявлении умеренных когнитивных нарушений и деменции в странах мирового содружества и Центральной Азии.

Материалы и методы

Нами был проведен литературный поиск в девяти электронных базах данных (CINAHL, MEDLINE, Embase, Cochrane Collaborative Library, Thomson Reuters Web of Science, PsycINFO, LILACS, ALOIS и Pubmed), опубликованные с декабря 2000 года по февраль 2017 года. Соответствующие статьи были выявлены путем поиска названий и рефератов с использованием ключевых слов, содержащих: деменция, ранняя диагностика деменции, когнитивные нарушения, умеренные когнитивные нарушения, легкие когнитивные нарушения, додементные формы когнитивных нарушений, васкулярная деменция. Мы не ограничивали поиск на любом языке. Используемые ключевые слова немного различались между базами данных в зависимости от требований каждой поисковой системы.

Критерии приемлемости

Критерии включения: исследования, включающие любых участников в возрасте 60 лет и старше; используемые для выявления когнитивных расстройств [6-8]; язык поиска были русский и английский. Количество респондентов 300 человек и более. Исследования, основанные на знаниях, которые дали четкое описание набора участников, четкое описание критериев УКН и того, как критерии были введены в действие, возраст респондентов 60 лет и старше. Критерии исключения включали: исследования с возрастным диапазоном от 18 до 64 лет; исследования, которые были ограничены узким возрастным диапазоном ≥ 90 лет [9, 10] поскольку эти исследования ограничивали обобщаемость (generalizability); более ранние исследования, в которых использовались определения когнитивных нарушений, не согласующиеся с текущим определением УКН, таким как доброкачественная забывчивость [11], возрастные нарушения памяти [12], и возрастной когнитивный спад [13].

Скрининг и отбор исследований

Были получены и проанализированы полнотекстовые версии статей, представляющих интерес.

Анализ данных

Данные для всех включенных исследований были выделены и обобщены со ссылкой на среднюю величину, стандартное отклонение, медиану. Объединенный анализ не был возможен из-за большого различия в дизайне исследования и популяциях между исследованиями.

Распространенность Умеренных когнитивных нарушений

УКН являются важной проблемой общественного здравоохранения из-за повышенного риска прогрессирования деменции и увеличения смертности. Однако некоторые проблемы препятствуют клинической постановке диагноза. В частности, определение УКН варьирует в широких диапазонах и синдром УКН не является однородным. Различные цифры показателей распространенности, частоты заболеваемости и темпов прогрессирования деменции подчеркивают необходимость признать эту гетерогенность и разработать стандартизированные критерии диагностики УКН, которые легко вводятся в действие, имеют высокую надежность и достоверность в клинических условиях. Клиническая полезность биомаркеров визуализации и цереброспинальной жидкости в диагностике УКН еще не установлена. Нам предстоит провести немало исследований, прежде чем биомаркеры могут использоваться для диагностики УКН в повседневной клинической практике.

Оценка распространенности УКН различна по всему миру [14-16] (табл. 1). Эта вариабельность может быть вызвана изучаемой популяцией, распределением по возрасту и размером выборки, а также применением различных критериев УКН. В частности, в исследованиях использовались проспективные и ретроспективные надлежащие диагностические критерии, нейропсихологические алгоритмы, применялась клиническая консенсусная диагностика; использовались различные типы когнитивных инструментов, различная глубина и широта собственных оценок и различные нормативные данные [17]. Так, например, исследования в Европе, в частности в Финляндии и Германии, показали более низкие оценки распространенности [18, 19], чем сопоставимые оценки, представленные в исследованиях в США [20]. В США оценки были выше для исследований в более крупных городах [21, 22]. Различия в том, как применялись критерии УКН, возможно, привели к более высоким оценкам распространенности в Сиднее и исследовании старения в Австралии [23]. Ученые в проекте Kungsholmen в Швеции использовали глобальные и доменные когнитивные меры оценок и получили распространенность – 11,1% населения в выборке из 379 субъектов в возрасте 75-95 лет [16]. В исследовании, проведенном в Лейпциге, Германия, использовался комбинированный инструмент с 55 точками и общий показатель распространенности составил 19,2% у лиц в возрасте 75 лет и старше [23]. Исследование сердечно-сосудистой системы (The Cardiovascular Health Study) выявило общую распространенность 19% у лиц в возрасте 75 лет и старше [24]. Ретроспективное многонациональное и многокультурное исследование в Северном Манхэттене дало оценку распространенности УКН между 21,8 и 26,9% [25]. Распространенность УКН в настоящем исследовании также



была сопоставима с распространенностью когнитивных нарушений в Канадском исследовании здоровья и старения (16,8%) [26], и в исследовании старения, демографии и памяти в Соединенных Штатах (22,2%) [27]. Общая распространенность УКН (амнестических УКН и неамнестических УКН) в продольном исследовании Einstein Aging Study (EAS) [28] составила 21,5%. Этот показатель аналогичен цифрам других исследований, проведенных в Соединенных Штатах Америки (США) [29, 30]. Таким образом, в большинстве исследований сообщалось о показателях распространенности УКН в диапазоне 11-20% [29]. Высокий уровень прогрессирования деменции среди субъектов с УКН подчеркивает необходимость выявления методов предотвращения УКН, снижения бремени УКН и выявления лиц с повышенным риском развития УКН, которые могут извлечь выгоду из ранних вмешательств. Кроме того, учитывая, что высокую долю факторов риска можно предотвратить, крайне важно, чтобы врачи и медицинский персонал 1) обучили своих пациентов тому, как уменьшить риск появления УКН с помощью диетических мер, физических упражнений, участия в когнитивно стимулирующих действиях, профилактики инсульта; 2) выявлять и уменьшать факторы риска и обеспечивать адекватный контроль факторов

и результатов сердечно-сосудистых заболеваний; и 3) инициировать нетерапевтические и терапевтические вмешательства, когда они становятся доступными. Эти меры потенциально могут снизить риск развития УКН и предотвратить переход УКН в деменцию [31].

Вывод

УКН – это этап, который поддается вмешательствам, способных предотвратить дальнейшее развитие синдрома деменции на стадии когнитивных нарушений, который оказывает более существенное влияние на повседневную работу. Классификация УКН со временем улучшается, а включение изображений и других биомаркеров может дополнительно улучшить обнаружение субъектов с УКН. Это облегчило бы сравнение между исследованиями, способствовало бы более качественному подбору предметов для клинических исследований, обеспечило бы лучшее понимание результатов УКН и более раннее выявление субъектов с УКН. Субъекты с УКН могут извлечь пользу из вмешательств, которые уменьшат риск прогрессирования деменции и могут иметь право на лечение с помощью препаратов, модифицирующих болезнь, предотвращающих дальнейшее снижение когнитивных функций и развитие синдрома деменции.

Таблица 1

Распространенность УКН

Публикации	Страна	Дизайн и критерии УКН	N	Возраст, лет	Распространенность (%)
Hanninen, 2002 ¹⁸	Куопио, Финляндия	Популяционное исследование	806	60 – 76	В целом, 6,5%. аУКН 5,3%; Возраст: 60-64 лет-2,4%; 65-69-4,8%; 70-76-8,4%; Мужчин – 7,1%; Женщины-4,1%
Busse, 2003 ¹⁹	Лейпциг, Германия	Продольное исследование, Популяционное, проспективное	929	≥ 75	В целом – 5,1%; Возраст 75-59-4,7%; 75-79 – 5,6%; ≥ 85- 5,2%.
Lopez, 2003 ²⁵	Cardiovascular health Study, США	Репрезентативное проспективное, многонациональное когортное, преимущественно городское население	2470	≥ 75	В целом-18,8%. <70, 75-79- 14,7%; 80-84: 22,6, 19%; ≥ 85 – 28,9%. Мужчин-19%; Женщин-18,7%
Manly, 2005 ²¹	North Manhattan study, США	Проспективное, популяционное исследование, многоэтническое когортное, критерии УКН, преимущественно городское население	1315	≥ 65	В целом-28,3%; Возраст 65-75 лет-24,0%; > 75-32,6%. Без половой разницы



Публикации	Страна	Дизайн и критерии УКН	N	Возраст, лет	Распространенность (%)
Busse, 2006 ¹⁴	Leipzig Longitudinal Study of the Aged, Германия	Популяционное, проспективное, когортное исследование	980	≥ 75	В целом-19,4% (9,3%, если исключен критерий жалоб на субъективную память); Не сообщалось об оценке по возрасту и гендерной принадлежности
Das, 2007 ¹⁵	Калькутта, Индия	Кросс – секционное, систематическая случайная выборка городского населения, случайная выборка домашних хозяйств, критерии амнестических УКН (аУКН) нескольких доменов, основанное на нейропсихологическом тестировании	745	≥ 50	аУКН-14,9%; Возраст 65-69: 11,7%; 70-74-12,3%; 75-79: 17,9%; ≥ 80, 10,6%. Мужчины: 7,6%; женщины – 4,5%; Несколько доменов: мужчины 6,3%, женщины: 11,4%.
Artero, 2008 ²²	City Study, Франция	Популяционное исследование общины, пересмотренные опубликованные критерии консенсуса УКН	6892	≥ 65	В целом, 42% (частота)
Petersen, 2010 ³⁰	Mayo Clinic Study of Aging	Популяционное исследование, опубликованные критерии УКН	1969	70 – 89	В целом-16,0%; Возраст 70-79-12,1%; 80-89, 22,2%; Мужчины: 19,0%; Женщины: 14,1%
Sachdev, 2012 ²³	Memory and Aging Study, Сидней, Австралия	Популяционное исследование, опубликованные критерии УКН	757	70 – 90	В целом: 39,1%. Возраст 70-79- 36,7%; 80-89: 43,3%. Мужчины: 70-79-41,9%; ≥ 80: 43,6%. Женщины: 70-79-32,2%; ≥ 80, 43,0%.
Fisk, 2003 ³²	Canadian Study of Health and Aging, Канада	Популяционное исследование, критерии амнестических УКН, городская и сельская когорта	1790	≥ 65	аУКН-2,4%; Никаких гендерных или возрастных оценок не проводилось
Unverzagt, 2001 ³³	Study of Health and Aging, Indianapolis, Индианаполис, США	Репрезентативная выборка населения. Африканская, Американская, когнитивные нарушения без деменции (CIDN)	2212	≥ 65	В целом-23,4%; Возраст 65-74-19,2%; 75-84: 27,6%; ≥ 85, 38%.
Plassman, 2008 ²⁸	Aging, Demographics, and Memory Study, США	Популяционное исследование, национальные репрезентативные критерии: исключение деменции и других нарушений, батарея тестов для оценки когнитивного уровня, когнитивные нарушения без деменции (CIDN)	856	≥ 71	В целом: 22,2% Возраст 71-79: 16,0%; 80-89:29,2%; ≥ 90-39,0% Мужчины vs. женщин: ОШ:1,62 (95% ДИ, 1,09, 2,41)



Публикации	Страна	Дизайн и критерии УКН	N	Возраст, лет	Распространенность (%)
Luck, 2007 ³⁴	Ageing, Cognition, Dementia in Primary Care Patients, Германия	Общая практика, исследование, основанное на клинической практике, опубликованные критерии УКН	3242	≥ 75	В целом-25,2%; Возраст 75-79:24,6%; 80-84:24,2%; 85-98:32,8%; Женщины vs мужчин: ОШ:1,36, (95% ДИ, 1,14-1,63)
Ganguli, 2004 ³⁵	Monongahela Valley Independent Elders Survey, США	Репрезентативное, общинное, проспективное, когортное исследование, критерии амнестических УКН. Алгоритмические критерии, основанные на нейропсихологическом тестировании	1248	≥ 75	В целом, 6,3%. Нет возрастных частот. Мужчины vs. женщин: ОШ – 1,9 (95% ДИ, 1,3, 2,8, p = 0,001).
Ganguli, 2010 ³⁶	Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team Project, США	Популяционное исследование. Определение истинных когнитивных нарушений, модифицированные расширенные критерии УКН; алгоритмическая классификация, основанное на нейропсихологическом тестировании	1982	≥ 65	17,7%

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменция: руководство для врачей/ – 4-е изд. – М.: МЕДпресс – информ, 2013. – стр.7.
2. Alzheimer's Disease International: World Alzheimer report, 2015.
3. Lezak M.D. Neuropsychology assessment. N.Y.: University Press, 1983. – P. 768.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М.: изд-во МГУ, 1969.
5. Petersen R.C., Stevens J.C., Ganguli M. et al. Practice parameter. Early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology // Neurology. – 2001. – Vol. 56. – P. 1133-42.
6. Petersen R.C. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity // J Intern Med. – 2004. – Vol. 256. – P. 183-194.
7. Winblad B., Palmer K., Kivipelto M., et al. Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment // J Intern Med. – 2004. – Vol. 256. – P. 240-246.
8. Petersen R.C. Does the source of subjects matter?: absolutely! // Neurology. – 2010. – Vol. 74. – P. 1754-1755.
9. Jungwirth S., Weissgram S., Zehetmayer S., et al. VITA: subtypes of mild cognitive impairment in a community-based cohort at the age of 75 years // Int J Geriatr Psychiatry. – 2005. – Vol. 20. – P. 452-458.
10. Pioggiosi P.P., Berardi D., Ferrari B., et al. Occurrence of cognitive impairment after age 90: MCI and other broadly used concepts // Brain Res Bull. – 2006. – Vol. 68. – P. 227-232.
11. Kral V.A. Senescent forgetfulness: benign and malignant // Can Med Assoc J. – 1962. – Vol. 86. – P. 257-260.
12. Crook T., Bartus R., Ferris S., et al. Age associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change: report of a National Institute of Mental Health Work Group // Dev Neuropsychol. – 1986. – Vol. 2. – P. 261-276.
13. Levy R. Aging-associated cognitive decline. Working Party of the International Psychogeriatric Association in collaboration with the World Health Organization. International psychogeriatrics// IPA. – 1994. – Vol. 6. P. 63-68.
14. Busse A., Hensel A., Guhne U., Angermeyer M.C., RiedelHeller S.G. Mild cognitive impairment: long-term course of four clinical subtypes // Neurology. – 2006. – Vol. 67. – P. 2176-2185.



15. Das S.K., Bose P., Biswas A., et al. An epidemiologic study of mild cognitive impairment in Kolkata, India // *Neurology*. – 2007. – Vol. 68. – P. 2019-2026.
16. Palmer K., Backman L., Winblad B., Fratiglioni L. Mild cognitive impairment in the general population: occurrence and progression to Alzheimer disease // *Am J Geriatr Psychiatry*. – 2008. – Vol. 16. – P. 603-611.
17. Tschanz J.T., Welsh-Bohmer K.A., Lyketsos C.G., et al. Conversion to dementia from mild cognitive disorder: the Cache County Study // *Neurology*. – 2006. – Vol. 67. – P. 229-234.
18. Hanninen T., Hallikainen M., Tuomainen S., et al. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects // *Acta Neurol Scand*. – 2002. – Vol. 106. – P. 148-154.
19. Busse A., Bischkopf J., Riedel-Heller S.G., et al. Mild cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria. Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+) // *Br J Psychiatry*. – 2003. – Vol. 182. – P. 449-454.
20. Ward A., Arrighi H.M., Michels S., et al. Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates // *Alzheimers Dement*. – 2012. – Vol. 8. – P. 14-21.
21. Manly J.J., Bell-McGinty S., Tang M.X., et al. Implementing diagnostic criteria and estimating frequency of mild cognitive impairment in an urban community // *Arch Neurol*. – 2005. – Vol. 62. – P. 1739-1746.
22. Artero S., Ancelin M.L., Portet F., et al. Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. – 2008. – Vol. 79. – P. 979-984.
23. Sachdev P.S., Lipnicki D.M., Crawford J., et al. Risk profiles for mild cognitive impairment vary by age and sex: the sydney memory and ageing study // *Am J Geriatr Psychiatry*. – 2012. – Vol. 20. – P. 854-865.
24. Busse A., Hensel A., Guhne U., Angermeyer M.C., Riedel-Heller S.G. Mild cognitive impairment: long-term course of four clinical subtypes // *Neurology*. – 2006. – Vol. 67. – P. 2176-2185.
25. Lopez O.L., Jagust W.J., DeKosky S.T., et al. Prevalence and classification of mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: part 1 // *Arch Neurol*. – 2003. – Vol. 60. – P. 1385-1389.
26. Manly J.J., Tang M.X., Schupf N., Stern Y., Vonsattel J.P., Mayeux R. Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community // *Ann Neurol*. – 2008. – Vol. 63. – P. 494-506.
27. Graham J.E., Rockwood K., Beattie B.L., et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population // *Lancet*. – 1997. – Vol. 349. – P. 1793-1796.
28. Plassman B.L., Langa K.M., Fisher G.G., et al. Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States // *Ann Intern Med*. – 2008. – Vol. 148. – P. 427-434.
29. Katz M.J. et al. Age and sex specific prevalence and incidence of mild cognitive impairment, dementia and Alzheimer's dementia in blacks and whites: A report from the Einstein Aging Study // *Alzheimer disease and associated disorders*. – 2012. – Vol. 26. – №. 4. – P. 335.
30. Petersen R.C., Roberts R.O., Knopman D.S., et al. Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men. the mayo clinic study of aging // *Neurology*. – 2010. – Vol. 75. – P. 889-897.
31. Manly J.J., Tang M.X., Schupf N., et al. Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community // *Ann Neurol*. – 2008. – Vol. 63. – P. 494-506.
32. Fisk J.D., Merry H.R., Rockwood K. Variations in case definition affect prevalence but not outcomes of mild cognitive impairment // *Neurology*. – 2003. – Vol. 61. – P. 1179-1184.
33. Unverzagt F.W., Gao S., Baiyewu O., et al. Prevalence of cognitive impairment: data from the Indianapolis Study of Health and Aging // *Neurology*. – 2001. – Vol. 57. – P. 1655-1662.
34. Luck T., Riedel-Heller S.G., Kaduszkiewicz H., et al. Mild cognitive impairment in general practice: age-specific prevalence and correlate results from the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe) // *Dement Geriatr Cogn Disord*. – 2007. – Vol. 24. – P. 307-316.
35. Ganguli M., Dodge H.H., Shen C., et al. Mild cognitive impairment, amnesic type: an epidemiologic study // *Neurology*. – 2004. – Vol. 63. – P. 115-121.
36. Ganguli M., Chang C.C., Snitz B.E., et al. Prevalence of mild cognitive impairment by multiple classifications: The Monongahela-Youghioheny Healthy Aging Team (MYHAT) project // *Am J Geriatr Psychiatry*. – 2010. – Vol. 18. – P. 674-683.



ТҮЙІНДЕМЕ

Р.Т. Цой, С.Т. Туруспекова (м.ғ.д.), Н.К. Клипицкая (м.ғ.к.)

С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ., Қазақстан

ОРТАША КОГНИТИВТІК БҰЗЫЛЫСТАР МЕН ДЕМЕНЦИЯНЫҢ ТАРАЛУ МӘСЕЛЕСІНІҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ ЖАҒДАЙЫ

Түйіндеме 60 жастан асқан адамдар арасында жасқа тәуелді аурулар мәселесін зерттегенде медициналық-санитарлық көмек сатысында, невропатологтың қабылдауында пациенттердің есте сақтау қабілетінің төмендеуіне шағымдары жиі кездеседі. Ол бір ақпаратты бірнеше рет қайталауды сұраудан, жазбаша ескертулерге тәуелділіктен және ағымдағы уақыт кезеңіндегі оқиғаларды есте сақтаудың нашарлауынан, мәселелерді шешу немесе жоспарлау қиындығынан көрініс табады. Осының барлығы орташа когнитивтік бұзылыстардың (ОКБ) және деменция синдромының пайда болу қаупінің артуының бірінші белгілері болып табылады.

Әдебиетке шолу мақсаты – мидың қартаю проблемасын зерттеу.

Материалдар және әдістер: біз 2000 жылдың желтоқсанынан 2017 жылдың ақпаны аралығында жарияланған тоғыз электрондық дерек қорында (CINAHL, MEDLINE, Embase, Cochrane Collaborative

Library Thomson Reuters Web of Science, PsycINFO, LILACS, ALOIS және Pubmed) әдеби шолу жүргіздік.

Қорытынды: Уақыт өте келе ОКБ жіктеу жақсарады, ал суреттер мен басқа да биомаркерлерді қосу ОКБ бар субъектілерді анықтауды қосымша жақсартып түседі. Бұл зерттеулер арасындағы салыстыруларды жеңілдетіп, клиникалық зерттеулер үшін заттарды анағұрлым сапалы іріктеуге ықпал етіп, ОКБ нәтижелерін жақсы түсінуді және ОКБ бар субъектілерді әлдеқайата ерте анықтауды қамтамасыз еткен болар еді. ОКБ бар субъектілер деменцияның күшею қаупін азайтатын араласулардан пайда алып, когнитивтік функциялардың одан әрі төмендеуін және деменция синдромының дамуын болдырмайтын, ауруды түрлендіретін препараттардың көмегімен емделу құқығын ала алады.

Негізгі сөздер: орташа когнитивтік бұзылыстардың таралуы, деменция, дементке дейінгі бұзылыстар, жеңіл когнитивтік бұзылыстар.

SUMMARY

R.T. Tsoy, S.T. Turuspekova (D.Med.Sci.), N.K. Klipitskaya (Cand.Med.Sci.)

S.D. Asfendiyarov KazSMU, Almaty, Republic of Kazakhstan

MODERN STATE OF THE PROBLEM OF THE PREVALENCE OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT AND DEMENTIA

Studying the issue of age-dependent diseases, among people 60 years and older, at the stage of the primary care, at a neurologist's appointment, the most frequent complaints of patients are: memory loss; the request to repeat several times the same information; growing dependence on written reminders and deterioration of memorization of events for the current period of time, and difficulties with solving problems or planning. All this is attributed to the first symptoms of mild cognitive impairment (MCI) and the growing risk of developing a dementia syndrome.

The purpose of the paper is to elucidate the problem of the brain aging.

Material and methods: we conducted a literary search in the nine electronic databases (CINAHL, MEDLINE, Embase, Cochrane Collaborative Library, Thomson Reuters Web of Science, PsycINFO, LILACS,

ALOIS and Pubmed), published from December 2000 to February 2017.

Conclusion: The classification of MCI improves over time, and the inclusion of images and other biomarkers can further improve the detection of subjects with MCI. This would facilitate a comparison between studies, a better selection of subjects for clinical research; provide a better understanding of the results of MCI and an earlier identification of subjects with MCI. Subjects with MCI can benefit from interventions that reduce the risk of progression of dementia and may be eligible for treatment with disease modifying drugs that prevent further decline in cognitive function and the development of dementia syndrome.

Keywords: prevalence of mild cognitive impairment, dementia, pre-dementia disorders, mild cognitive impairment.