

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ клінічного оцінювання когнітивних функцій

Патологічні процеси, що лежать в основі нейродегенеративних та судинних розладів із порушенням когнітивних функцій, починаються задовго до дебюту клінічних симптомів. Оскільки лікування найефективніше на ранніх стадіях захворювання, особливо важливим є раннє встановлення правильного діагнозу. До вашої уваги представлено огляд статті L.M. Wise and V.M. Aga «Diagnostic Considerations in Clinical Cognitive Assessment», опублікованої у виданні *Psychiatric Times* (2025 April 14; 42 [4]: 20–23), у якій автори здійснили комплексний аналіз підходів до клінічного оцінювання когнітивних функцій.

Раннє встановлення порушення когнітивних функцій є важливим етапом у визначенні причин, що лежать в основі нейродегенеративних і судинних розладів, допомагаючи розробленню індивідуального плану лікування та реабілітації для пацієнтів із цим захворюванням. Критерії, термінологія когнітивних розладів та підходи до діагностування невинно розвиваються. Зокрема, у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів 5-го перегляду (DSM-5) було запроваджено термін «нейрокогнітивний розлад» для опису станів, за яких набуті порушення когнітивних функцій є основним дефіцитом, характерним для легких нейрокогнітивних розладів, неамнестичних синдромів, розладів з ураженням одного когнітивного домену та потенційно оборотних когнітивних розладів у пацієнтів молодого віку (APA, 2013).

Втім, клініцисти й дослідники досі продовжують широко використовувати на практиці більш ранні терміни «легкі когнітивні порушення» та «деменція», зазначені в DSM-5 (APA, 2013).

Особи з деменцією та тяжкими нейрокогнітивними розладами втрачають здатність до компенсації функціонального спаду, що спочатку позначається на інструментальній активності в повсякденному житті, а надалі — на елементарній здатності до самообслуговування. Хоча в переглянутих діагностичних критеріях хвороби Альцгеймера (ХА) 2024 року зауважено, що пацієнти з легкими нейрокогнітивними розладами (стадія 3 відповідно до ознак для визначення та класифікації хвороби) зберігають функціональну незалежність із можливим «очевидним функціональним впливом на складні дії з самообслуговування», тоді як з легкими нейрокогнітивними розладами залишаються незалежними з «докладанням більших зусиль, компенсаторними стратегіями або акомодациєю» згідно з DSM-5, який є суворішим стандартом (APA, 2013; Jack et al., 2024).

На думку L.M. Wise and V.M. Aga, за когнітивних розладів украй важливим є підтвердження того, що функціональний дефіцит зумовлений саме когнітивними порушеннями, а не сенсорним чи моторним дефіцитом, як-от тремор за хвороби Паркінсона (ХП) (APA, 2013).

Патологічні процеси, що лежать в основі нейродегенеративних і судинних когнітивних розладів, розвиваються за роки до початку зниження когнітивних функцій. А завдяки доступності до сучасних методів лікування, найефективніших на ранніх стадіях такого зниження, вкрай важливе раннє встановлення діагнозу. Метою такої діагностики є виявлення наявності та ступеня порушень цих функцій, що може вказувати на певні захворювання або патологічні стани мозку. Суб'єктивні та/або об'єктивні занепокоєння щодо когнітивних функцій мають бути основою для будь-якого їх оцінювання (згідно з DSM-5, мають бути наявними і ті, і інші), оскільки натепер недостатньо відповідних даних для обґрунтування оцінки когнітивних функцій у безсимптомних осіб літнього віку (Owens et al., 2020).

Компетентне оцінювання когнітивних функцій має забезпечувати обґрунтовану ймовірність наявності основної патології на підставі анамнезу когнітивних порушень і нейропсихічних захворювань, а також даних повного неврологічного й психіатричного обстеження. Важливими також є питання щодо дебюту та прогресування симптомів, із особливим акцентом на початкові ураження когнітивної та поведінкової сфер, наявність небезпеки та вплив на доглядальників. Оцінювання когнітивних функцій варто відкласти за наявності супутніх чинників, що можуть мати вплив на результати, як-от: стан делірію, інтоксикація або абстинентний синдром у разі припинення вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин; неконтрольований больовий синдром; недосипання або надмірна седація, спричинена ліками; гострий стрес і тяжкі нейропсихічні симптоми.

Деменція є основним чинником ризику розвитку делірії, наявність якого унеможливає подальший скринінг на порушення когнітивних функцій, оскільки збережена увага, критично важлива для визначення когнітивних функцій вищого рівня, значно порушується за деліріозного синдрому.

Нейрокогнітивні розлади та деменція

Скринінг на порушення когнітивних функцій регулярно використовують у клінічній практиці, оскільки він є практичною та ефективною альтернативою детальному нейропсихологічному тестуванню. Якісним скринінговим інструментам для оцінювання когнітивних функцій притаманна висока чутливість. Доступні нині когнітивні тести можна класифікувати як дуже короткі (тривалістю до 5 хв), короткі (6–15 хв) або комплексні. Оцінювання може бути здійснювати клініцист, інформант або сам пацієнт. У таблиці представлено перелік деяких тестів для скринінгу на порушення когнітивних функцій.

До скринінгових інструментів для здійснення коротких когнітивних тестів, які найчастіше використовують у рутинній клінічній практиці, належать:

- Коротка шкала для оцінювання психічного статусу (MMSE) (Folstein et al., 1976).
- Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій (MoCA) (Nasreddine et al., 2005).
- Скринінговий тест для оцінювання психічного статусу Університету Сент-Луїса (SLUMS) (Cummings-Vaughn et al., 2014).

MMSE є відносно нечутливою щодо легких нейрокогнітивних розладів і порушень виконавчої функції, тому рекомендовано її використовувати лише тоді, коли порівняння з попереднім показником оцінювання за MMSE становить клінічний інтерес (Devenney and Hodges, 2017).

Валідність тесту SLUMS порівнянна зі шкалою MoCA, із діагностичною точністю в діапазоні 74–77 % для легких нейрокогнітивних розладів і 96–98 % для деменції (Cummings-Vaughn et al., 2014).

Проте MoCA нині використовують більш широко в клінічній практиці, оскільки вона перекладена понад 100 мовами, має кілька скорочених форм і версії. Крім того, придатна для застосування особами з вадами зору або слуху, а також певні версії, валідовані для телефонного та телемедичного адміністрування (доступні за посиланням: www.mocacognition.com).

Інструмент(и) скринінгу слід вибирати, зважаючи на порушення когнітивної сфери, які можуть бути притаманні певному типу деменції. Клініцистам слід бути готовими до вибору альтернативних методів оцінювання або використання додаткових інструментів для доповнення первинного скринінгу та підвищення його чутливості. На практиці це може охоплювати вибір методу оцінювання, який зробить MoCA чутливішою до аналізу виконавчої функції та функції просторового зору, зазвичай порушених у пацієнтів із ХП, або доповнення MoCA 1-хвилинним тестом на семантичну швидкість для осіб із підозрою на ХП, оскільки різниця між семантичною та фонематичною швидкістю може допомогти диференціювати ХП від лобово-скроневої деменції (Aarsland et al., 2007; Fengler et al., 2016; Rascovsky et al., 2007).

Як відомо, інструменти MoCA або SLUMS рекомендовано для використання в умовах первинної медичної допомоги, проте часто фахівці цього рівня обслуговування віддають перевагу дуже коротким когнітивним тестам, зокрема завдяки їхній стислості та простоті застосування (Borson et al., 2000).

Mini-cog — дуже короткий скринінговий тест, який містить завдання на запам'ятовування трьох слів і малювання годинника з використанням попередньо намальованого кола, що слугує відволікаючим елементом між фіксацією та вільним пригадуванням (Borson et al., 2000).

Однак доказів на підтвердження його корисності для виявлення деменції в умовах первинної медичної допомоги недостатньо, а перелік із трьох слів, коротка пауза перед тестуванням на затримку пригадування без сигнального пригадування роблять його досить нечутливим щодо визначення легких нейрокогнітивних розладів за ХА (Seitz et al., 2021; Rabin et al., 2009). Він також не має пунктів, які зробили б його корисним для оцінювання клінічних симптомів, пов'язаних із лобово-скроневою лобарною дегенерацією.

Інші патологічні стани

Як зазначають L.M. Wise and V.M. Aga, обговорення проблеми було б неповним без згадки про скринінг на порушення когнітивних функцій у пацієнтів, для яких ці ознаки не є основними. Когнітивні дефіцити значно поширені за тяжких психічних захворювань. Основна патологія часто має нейродегенеративну та судинну природу, проте особи, когнітивні дефіцити яких краще пояснюються іншим психічним розладом, не відповідають критеріям DSM-5 для встановлення діагнозу «нейрокогнітивний розлад», незалежно від тяжкості когнітивних порушень (Liu et al., 2024).

Скринінгові інструменти для оцінювання когнітивних функцій, як-от MoCA, завжди можливо використовувати для пацієнтів із тяжкими психічними захворюваннями, але перевагою рутинного використання спеціалізованих тестів є їхня додаткова діагностична чутливість (Belvederi Murri et al., 2020).

Короткий тест для скринінгу стану пацієнта на порушення когнітивних функцій у психіатричній практиці (SCIP) розроблено для оцінювання когнітивних функцій у пацієнтів із психотичними та афективними розладами. Він дає змогу оцінити п'ять когнітивних доменів: негайне та відстрочене пригадування, короткострокову пам'ять, швидкість мовлення та швидкість психомоторних реакцій (Purdon, 2005).

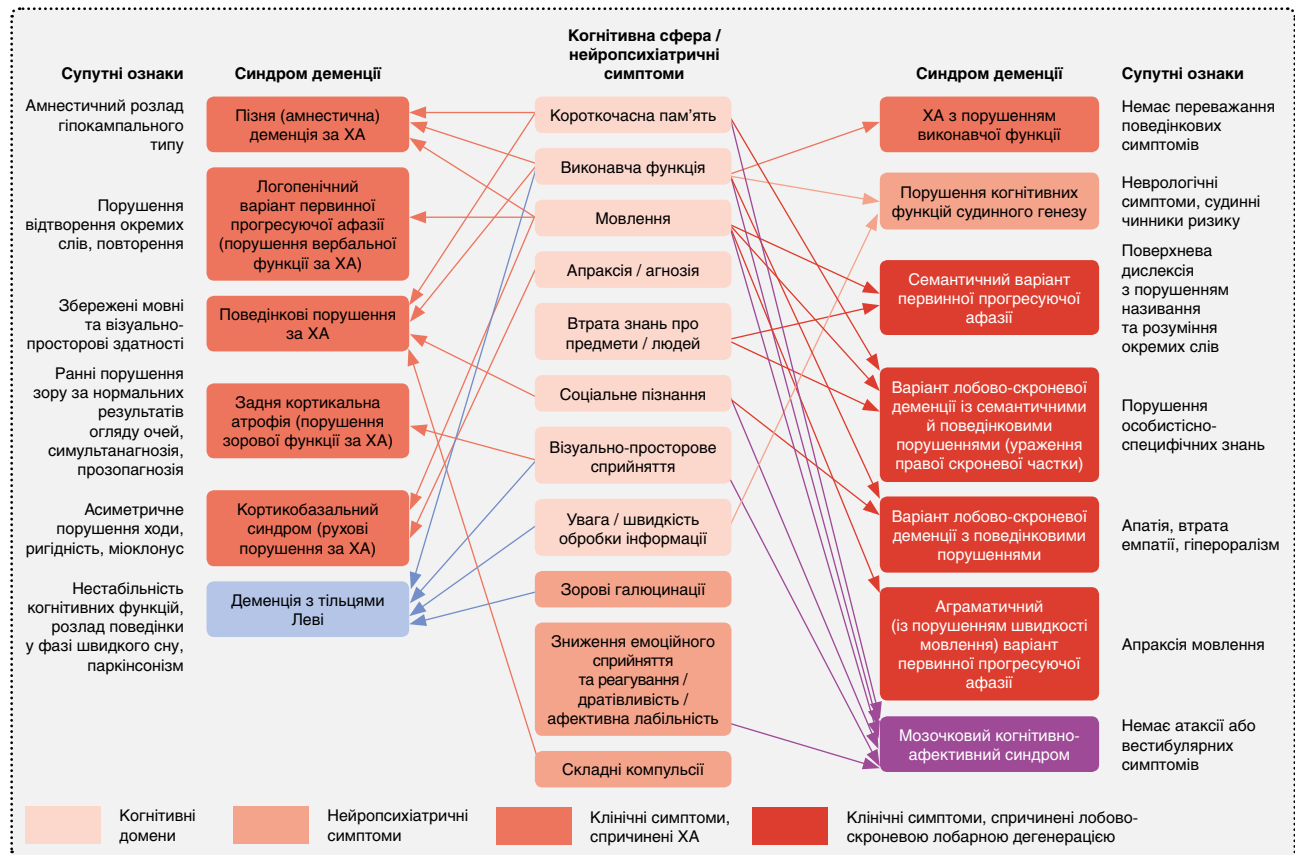
Тест для оцінювання когнітивних функцій у пацієнтів, що отримують терапію проти онкологічних захворювань (FACT-Cog), допомагає оцінити суб'єктивно сприймані порушення когнітивних функцій та когнітивні здібності, виразність їхніх змін і якість життя (Wagner et al., 2009).

За когнітивних порушень, спричинених хіміотерапією, FACT-Cog для самооцінювання пацієнтами відіграє важливу роль без зв'язку між суб'єктивно сприйнятими та об'єктивно підтвердженими когнітивними порушеннями (Hutchinson et al., 2012). Власне, недоліком використання спеціалізованих тестів є те, що вони потребують від клініцистів ознайомлення з більш ніж одним

Таблиця. Інструменти, які найчастіше застосовують у клінічній практиці для скринінгу на порушення когнітивних функцій

Назва інструменту, джерело та посилання	Виконавець	Використання	Примітки
Дуже короткі тести (< 5 хв)			
Тест для оцінювання когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCog) Brodaty et al., 2002 [https://gpcog.com.au]	Клініцист	Первинна ланка медичної допомоги	Додаткове інтерв'ю з інформантом призначається для отримання проміжного результату; не дає змоги оцінити відтворення інформації за підказкою; доступний кількома мовами; безкоштовний для клінічного використання
Коротка шкала оцінювання психічного статусу (Mini-Cog) Borson et al., 2003 [https://mini-cog.com/]	Клініцист	Первинна ланка медичної допомоги	Алгоритм оцінювання не виявляє когнітивного зниження за наявності інтактного вільного відтворення; не дає змоги оцінити відтворення за підказкою; доступний кількома мовами; безкоштовний для клінічного використання
Восьмипунктовий опитувальник для скринінгу на деменцію (AD8) Galvin et al., 2005, 2007 [https://knightadrc.wustl.edu/professionals-clinicians/ad8-instrument/]	Інформант; можливе самостійне оцінювання за легкої деменції, але з нижчою діагностичною точністю	Первинна ланка медичної допомоги	Вісім питань охоплюють кілька когнітивних сфер та інструментальних видів повсякденної діяльності; є версії для інформанта та пацієнта; для клінічного використання потрібна ліцензія
Короткі тести (6–15 хв)			
Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій (MoCA) Nasreddine et al., 2005	Клініцист	Будь-де	Детальніше описаний у тексті
Скринінговий тест для оцінювання психічного статусу Університету Сент-Льюїса (SLUMS) Tariq et al., 2006 [https://www.slu.edu/medicine/internal-medicine/geriatric-medicine/aging-successfully/assessmenttools/mental-status-exam.php]	Клініцист	Будь-де	Перевіряє як запам'ятовування списку слів, так і логічну пам'ять; не дає змоги оцінити запам'ятовування за підказкою; дозволяє оцінити семантичну швидкість замість швидкості розпізнавання букв; доступний кількома мовами; безкоштовний для клінічного використання
Модифікований тест для оцінювання психічного статусу (3MS) Teng et al., 1987 [https://adrc.usc.edu/wp-content/themes/neuADRC/pdfs/A_3MSManual1996.pdf]	Клініцист	Будь-де	Дозволяє оцінити запам'ятовування списку слів після короткої та тривалої затримки; дозволяє оцінити як вільне відтворення, так і відтворення з підказкою; також дозволяє оцінити читання, письмо та асоціативну апраксію; безкоштовний для клінічного використання
Опитувальник інформанта про порушення когнітивних функцій у літніх осіб (IQCODE) Jorm and Jacomb, 1989; Jorm, 1994 [https://nceph.anu.edu.au/research/tools-resources/informant-questionnaire-cognitive-decline-elderly]	Інформант	Будь-де	Повна та коротка версії; охоплюють питання про інструментальні дії в повсякденній активності; обидві версії доступні кількома мовами; безкоштовні для клінічного використання
Тест для скринінгу на порушення когнітивних функцій у психіатричній практиці (SCIP) Purdon, 2005	Клініцист	Психіатрична клініка	Тест на швидкість обробки цифрових символів; дає змогу оцінити лише швидкість розпізнавання букв; неможливо оцінити відтворення за підказкою; доступний у трьох альтернативних формах; для клінічного використання може знадобитися оплата власнику авторських прав
Тест для оцінювання когнітивних функцій у пацієнтів, що отримують терапію онкологічних захворювань (FACT-Cog) Wagner et al., 2009 [https://www.facit.org/measures/fact-cog]	Самооцінювання	Онкологічна клініка	Розділи про когнітивні порушення та здібності, коментарі інших осіб та якість життя пацієнтів із когнітивними порушеннями, пов'язаними з хіміотерапією; дозволяє оцінка сприйманих когнітивних порушень (CogPCI) є рекомендованим «первинним» оцінюванням; доступний кількома мовами; безкоштовний, але для клінічного використання необхідно отримати ліцензію
Комплексні тести (> 15 хв)			
Шкала оцінювання когнітивних функцій Адденбрука, 3-тя редакція (ACE-III) Hsieh et al., 2013 [https://www.sydney.edu.au/brain-mind/resources-forclinicians/dementia-test.html]	Клініцист	Клініка для пацієнтів із порушеннями пам'яті	Дає змогу оцінити семантичну швидкість і швидкість розпізнавання букв, асоціативну апраксію, нерегулярне читання слів (поверхневу дислексію), письмову мову (чутливий до аграматизму), апраксію мовлення, вільне відтворення та відтворення за підказкою, а також кілька стимулів для перевірки конфронтаційного найменування та візуально-просторових здібностей; доступний кількома мовами; безкоштовний для клінічного використання
Коротка шкала оцінювання когнітивних функцій у пацієнтів із шизофренією (BACS) Keefe et al., 2004	Клініцист	Психіатрична клініка	П'ять навчальних проб; тести на фонематичну та семантичну вільність; тести на кодування цифр і символів для оцінки психомоторної швидкості; доступні кількома мовами; для клінічного використання може знадобитися оплата

Адаптовано згідно з L.M. Wise and V.M. Aga Diagnostic Considerations in Clinical Cognitive Assessment. *Psychiatric Times*. 2025 April 14. Vol. 42, № 4. P. 20–23.



Примітка. ХА — хвороба Альцгеймера.

Рисунок. Схема визначення первинного типу деменції за характером початкових когнітивних та/або нейропсихіатричних симптомів

Адаптовано згідно з L.M. Wise and V.M. Aga Diagnostic Considerations in Clinical Cognitive Assessment. *Psychiatric Times*. 2025 April 14. Vol. 42, № 4. P. 20–23.

скринінговим інструментом, деякі з яких містять доволі складні схеми оцінювання (як-от система зворотного оцінювання у FACT-Cog). Тому їх доцільно використовувати лише в спеціалізованих клінічних установах.

Скринінг на порушення когнітивних функцій

Порівняно з нейропсихологічним тестуванням, скринінг на порушення когнітивних функцій має обмежену діагностичну точність, що найбільш очевидно за оцінювання клінічних ознак, пов'язаних із лобово-скроневою лобарною дегенерацією (рисунок).

Шкала МоСА не дає змоги оцінити ступінь соціального пізнання, проте порушення в цій сфері є характерним симптомом для поведінкової лобово-скроневої деменції. Синдроми первинно прогресуючої афазії, які також часто пов'язані з лобово-скроневою лобарною дегенерацією, є нетиповими ознаками, пов'язаними з мовленням, що зазвичай не виникають за інших форм деменції:

- Аграматизм (порушення граматичної структури письмового або розмовного мовлення незалежно від вербальної швидкості).
- Поверхнева дислексія (проблемами із зоровою та лексичною обробкою інформації, неправильною вимовою слів із фонемо-графемною дискордантністю, помилками регуляризації).
- Апраксія мовлення (проблемами з моторним програмуванням мовлення, що призводять до неправильної та непослідовної артикуляції).

- Порушення знань про об'єкти (нездатність зіставляти об'єкт із відповідним іменником незалежно від використаної сенсорної модальності).
- Втрата знань про певних осіб (нездатність ідентифікувати відомих пацієнтові людей незалежно від використаної сенсорної модальності).

Такі порушення мовлення зазвичай не визначають за допомогою загальнозживаних скринінгових тестів, за винятком шкали оцінювання когнітивних функцій Адденбрука, 3-тя редакція (ACE-III) (таблиця). Навіть повне нейропсихологічне тестування може бути відносно нечутливим щодо цих розладів.

Якщо за клінічними ознаками підозрюється лобово-скронева лобарна дегенерація, рекомендовано використовувати інструменти скринінгу з доведеною чутливістю до пов'язаних клінічних ознак, як-от включені до відповідного модулю, розробленого Національним координаційним центром із питань хвороби Альцгеймера у США (NACC) (Gefen et al., 2020).

Основні захворювання

Визначення характеру порушень у різних когнітивних доменах може підтвердити або спростувати підозрювану патофізіологію, тож ознайомлення із цими закономірностями є дуже важливим (рисунок).

DSM-5 містить два «нові» когнітивні домени — комплексну увагу та соціальне пізнання. Крім того, у ньому переіменовано кілька інших доменів: навчання та пам'ять

(раніше «пам'ять»); мовлення (раніше «афазія»), перцептивно-моторна здатність, зокрема зорове сприйняття, праксис і гнозис (раніше «апраксія та агнозія») (APA, 2013). Домен виконавчих функцій також був перевизначений, до нього додано планування, прийняття рішень, роботу пам'ять, зворотний зв'язок, гальмування та розумову гнучкість.

Шкала МоСА охоплює шість когнітивних доменів — візуально-просторову, виконавчу функцію (абстракцію), мовлення (повторення, швидкість розпізнавання букв, називання), увагу та роботу пам'ять, відкладене вільне та контрольоване відтворення, а також орієнтацію — лише із частковим перекриттям із доменами в DSM-5 (Nasreddine et al., 2005).

Створення відносно «чистих» тестів для оцінювання будь-якої когнітивної сфери — це складний процес, і навіть узгодженість між окремими завданнями в складі МоСА та їхніми передбачуваними когнітивними сферами не є надійною, принаймні частково, оскільки деякі тестові завдання охоплюють більше ніж одну сферу (як-от швидкість розпізнавання букв охоплює як мовну, так і виконавчу функцію) (Coen et al., 2016; Freitas et al., 2012).

Порядок проведення тестування та оцінювання результатів також можуть мати вплив на чутливість. Зокрема, тести з кількома спробами запам'ятовування слів, відтворенням за підказками та пригадуванням після тривалої паузи допомагають найкраще класифікувати осіб похилого віку як таких, що мають легкі нейрокогнітивні розлади, пов'язані з ХА, або є здоровими представниками контрольної групи (Rabin et al., 2009).

Тоді як за застосування МоСА є лише дві спроби запам'ятовування та коротка пауза перед тестуванням на відстрочене відтворення. Порушення вільного відтворення, яке мінімально поліпшується за допомогою підказок («амнестичний синдром гіпокампаального типу»), вважається характерною типовою ознакою ХА із пізнім початком (Dubois and Albert, 2004).

Систему визначення відтворення за підказками додано до версії МоСА 8.1 у формі показника оцінювання пам'яті (MIS). У поєднанні із загальною оцінкою за МоСА показник MIS допомагає з більшою ймовірністю прогнозувати швидке прогресування легких нейрокогнітивних розладів, пов'язаних із ХА, до розвитку деменції (Jula-Yanont et al., 2014). Навіть за точної ідентифікації уражених когнітивних сфер залишаються певні труднощі з діагностуванням основного захворювання. Поширеною є коморбідність кількох патологій, частота якої зростає з віком пацієнтів (McAleese et al., 2021).

Без чіткої кореляції клініко-патологічних даних ще складніше визначати та класифікувати певний стан чи захворювання. Кожна патологія може зумовлювати декілька клінічних фенотипів. І навпаки, певний когнітивний дефіцит

може бути пов'язаний із кількома різними етіологіями. Типові симптоми ХА з пізнім початком пов'язані з амнестичним синдромом. Проте ХА також може мати переважно зорові (задня кортикальна атрофія), дизексективні (порушення виконавчої функції), вербальні (логопенічна афазія), поведінкові або рухові (кортикобазальний синдром) ознаки (рисунок).

Зокрема, клінічним симптомам, спричиненим лобово-скроневою лобарною дегенерацією, притаманна слабка клініко-патологічна кореляція (Olfati et al., 2022).

Якщо основна етіологія залишається невизначеною після комплексного обстеження, що передбачає дослідження крові для виключення оборотних причин, або якщо клінічний анамнез і результати скринінгу на порушення когнітивних функцій є суперечливими, наступними кроками діагностичного алгоритму мають бути нейропсихологічне тестування та/або дослідження біомаркерів. Тож нейропсихологічне тестування є «золотим стандартом» для оцінювання когнітивних функцій, але воно не завжди доступне та є необхідним. Крім того, пацієнти з порушеннями когнітивних функцій не завжди легко переносять його.

Нейровізуалізаційні методи та тестування біологічних біомаркерів можуть бути корисними навіть за високого ступеня впевненості в клінічному діагнозі. За даними дослідження, у межах якого було отримано патологоанатомічні дані 179 осіб із клінічно діагностованою деменцією, імовірно пов'язаною з ХА, майже у 45 % виявлено одну або декілька коморбідних патологій, окрім нейропатології, характерної для ХА (лише за наявності амілоїдних бляшок і нейрофібрилярних клубків), а у 12 % взагалі не встановлено ХА (Schneider et al., 2009).

Висновки

Підсумовуючи, L.M. Wise and V.M. Aga наголошують, що діагностика когнітивних функцій є важливим етапом для визначення причин та ступеня їх порушень, що дає змогу розробити індивідуальний план лікування та реабілітації таких пацієнтів.

Оцінювання когнітивних функцій передбачає збір детального анамнезу (від пацієнта та обізнаного інформанта), психіатричне та неврологічне обстеження, відповідний скринінг на порушення когнітивних функцій і спеціалізоване тестування.

Клініцисту бажано вибрати один або два скринінгові тести для рутинного використання, залежно від умов повсякденної практики. А кінцевою метою процесу оцінювання психічних процесів завжди має бути встановлення діагнозу та, за можливості, з'ясування етіології захворювання, що допоможе призначити ефективне лікування.

Підготувала **Наталія Кунко**