Когнітивні порушення судинного генезу: діагностування, профілактика та лікування

Порушення когнітивних функцій, спричинені ураженням судин, є дуже поширеними ускладненнями після перенесеного інсульту, які можуть виникати на тлі цереброваскулярних і нейродегенеративних патологій. Оновлена редакція Канадських рекомендацій щодо передової практики в галузі інсульту (CSBPR, 2024) містить окремі положення щодо розпізнавання симптомів когнітивного порушення судинного генезу, скринінгу, діагностики, лікування, вторинної профілактики, реабілітації та відповідного догляду таких пацієнтів зокрема наприкінці життя. До вашої уваги представлено огляд цих настанов, які було викладено в статті R.H. Swartz et al. «Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Vascular cognitive impairment, 7th edition practice guidelines update, 2024», опублікованої у фаховому виданні *Alzheimer's Dement* (2024; 21 [1]: e14324).

Когнітивні порушення судинного генезу (КПСГ) є дуже поширеними постінсультними ускладненнями, які утруднюють відновлення пацієнтів і підвищують ризик госпіталізації, інвалідизації та смерті (Pendlebury and Rothwell, 2009, 2019; Craig et al., 2022; Koton et al., 2022; (VanGilder et al., 2020; Obaid et al., 2020). Серед осіб, які перенесли інсульт, поширеність когнітивних порушень становить близько 20 % після першого гострого стану, під час якого вражаються кровоносні судини головного мозку, та понад 30 % за більш ніж одного такого випадку (Craig et al., 2022; Pendlebury and Rothwell, 2019).

До незалежних предикторів значного порушення когнітивних функцій належать старший вік, тяжкість інсульту та його рецидив (Pendlebury and Rothwell, 2019). Однак КПСГ може виникати не лише в разі явного інсульту. Приховані цереброваскулярні захворювання, зокрема інфаркти та церебральна мікроангіопатія (CSVD), часто виявляють у літніх пацієнтів із порушенням когнітивних функцій. Багато з них також страждають на нейродегенеративні захворювання, як-от хвороба Альцгеймера (ХА) (Boyle et al., 2019). Хірургічні втручання з приводу серцево-судинних захворювань (ССЗ) можуть призводити до нових когнітивних порушень, а інші судинні патології, як-от серцева недостатність (СН), вроджені вади серця та фібриляція передсердь (ФП), асоційовані з вищою частотою КПСГ (Cannon et al., 2017; Legdeur et al., 2019; Li et al., 2020).

Через стигму, матеріально-технічні бар'єри, недостатню обізнаність та терапевтичний нігілізм, затримки зі встановленням діагнозу порушення когнітивних функцій часто недооцінюють, а такі пацієнти не отримують відповідного лікування (Swartz et al., 2016; McGuff et al., 2022).

Основним чинником ризику як судинних, так і нейродегенеративних захворювань є старший вік. Крім того, судинні чинники ризику збільшують імовірність явних (симптоматичних) і прихованих (без раптових явних неврологічних дефіцитів) інсультів, захворювань дрібних судин і нейродегенеративних патологій (Ferrari-Souza et al., 2024; Skampardoni et al., 2024).

Найпоширенішою причиною когнітивних порушень є поєднання як симптомів судинного генезу, так і нейродегенеративних захворювань. Також необхідно брати до уваги статеві та гендерні чинники, що впливають на розвиток і симптоми КПСГ. Розроблені настанови допоможуть клініцистам широкого спектра спеціальностей та місць практики ефективно й результативно виявляти, оцінювати та контролювати КПСГ та його наслідки у співпраці з пацієнтами та їхніми родинами.

Визначення когнітивних порушень судинного генезу

КПСГ належать до когнітивних розладів, пов'язаних із цереброваскулярним ушкодженням, що виникли вперше або їхня тяжкість посилилася (Paradise and Sachdev, 2019). Когнітивний дефіцит за КПСГ може охоплювати будь-яку або всі когнітивні сфери, як-от увага, навчання та пам'ять, мовлення, сприйняття, швидкість обробки інформації або виконавчі функції (соціальне пізнання, вирішення проблем і прийняття рішень), а також порушення, пов'язані із синдромами вогнищевого інсульту, як-от афазія або просторове ігнорування.

Серед етіологічних чинників переважають судинна патологія з різними проявами (симптоматичними або прихованими), зокрема кортикальний або підкірковий інфаркт(и), інфаркти у «стратегічно важливих» ділянках, ураження дрібних судин та білої речовини, лакунарні інфаркти або крововиливи в мозок. Ці цереброваскулярні патології можуть бути спричинені різними станами, як-от інсульт, СН, артеріальна гіпертензія (АГ), ФП, зупинка серця, цукровий діабет (ЦД), ниркова недостатність, інші судинні порушення. Зазначені стани можуть виникати окремо або разом з іншими нейродегенеративними процесами, як-от ХА, що, своєю чергою, призводить до змішаної патології (деменції змішаного типу).

Скринінг, оцінювання та діагностування когнітивних порушень судинного генезу

Термін «зниження когнітивних функцій судинного генезу» передбачає серйозні та легкі нейрокогнітивні розлади (за наявності ураження судин); КПСГ та зумовлену ними деменцію; судинну деменцію; легкі когнітивні порушення судинного генезу; КПСГ без деменції; постінсультну деменцію; судинну деменцію, спричинену ішемією в підкірковій ділянці; мультиінфарктну деменцію; деменцію змішаного генезу (за супутніх нейродегенеративних захворювань, найчастіше ХА та/ або деменції з тільцями Леві); церебральну мікроангіопатію, що спричиняє когнітивні порушення (Snyder et al., 2015; Skrobot et al., 2018).

Діагностування КПСГ охоплює три основні компоненти:

1) оцінювання когнітивні здібностей пацієнта за допомогою валідованих інструментів;

2) ідентифікацію цереброваскулярної патології за допомогою нейровізуалізації;

3) визначення функціонального впливу на підставі даних анамнезу, додаткової інформації, інколи спостережень за функціонуванням особи в домашньому чи реабілітаційному середовищі.

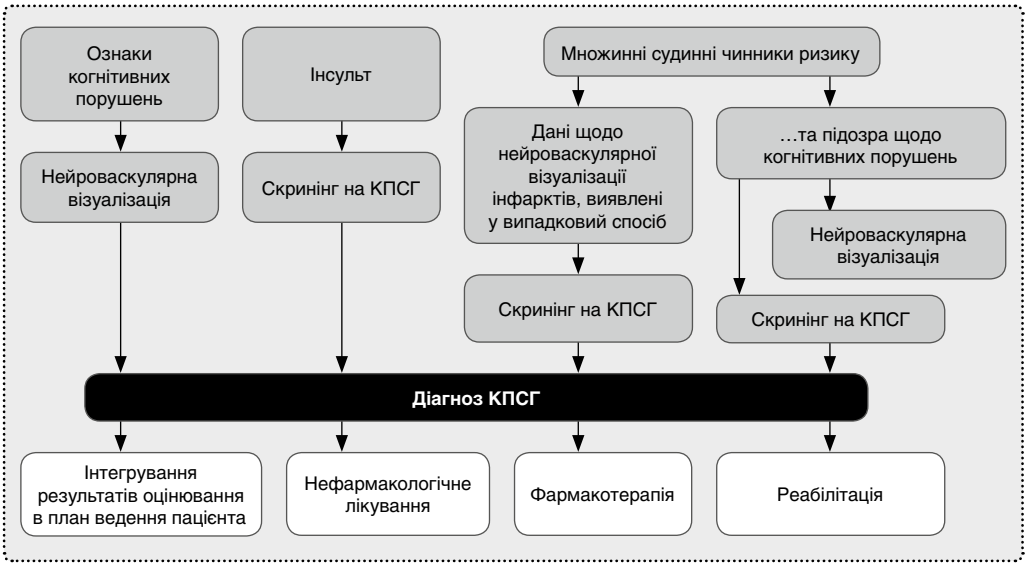
На рисунку 1 наведено етапи виявлення осіб із КПСГ.

Скринінг, оцінювання та діагностування КПСГ базуються на: виявленні наявності та тяжкості нейроваскулярних уражень (за даними нейровізуалізації); визначенні наявності, тяжкості та впливу порушень когнітивних функцій оцінюванні впливу порушень когнітивних функцій на повсякденну діяльність.

Результати нейровізуалізації важливі для встановлення характеру й тяжкості судинного ураження головного мозку після інсульту. Дані комп'ютерної томографії (КТ) використовують для оцінювання таких параметрів, як об'єм інфаркту, об'єм мозку, наявні інфаркти та тяжкість уражень білої речовини, проте вважається, що магнітно-резонансна томографія (МРТ) має більшу чутливість для виявлення цих параметрів (Rost et al., 2022).

Застосування нейровізуалізації для прямого або непрямого зображення структури та функції нервової системи також дуже важливе для виявлення супутніх патологій, які своєю чергою можуть призводити до порушень когнітивних функцій. Особливо важливий скринінг на когнітивні порушення для пацієнтів, які перенесли інсульт незначної тяжкості та чий когнітивний дефіцит може бути спочатку невиявленим, оскільки порушення когнітивних функцій із часом можуть поглибитися. Нині в клінічній практиці використовують низку валідованих інструментів скринінгу та оцінювання КПСГ (табл. 1).

Для скринінгу на порушення когнітивних функцій після інсульту найчастіше використовуваними інструментами є Монреальська шкала оцінювання когнітивних здібностей (MoCA) і коротка шкала оцінювання психічного статусу (MMSE). MoCA є чутливішою для виявлення КПСГ, ніш MMSE,



Примітка: КПСГ — когнітивні порушення судинного генезу.

Рисунок 1. Алгоритм діагностування та лікування когнітивних порушень судинного генезу

Адаптовано згідно з R.H. Swartz et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Vascular cognitive impairment, 7th edition practice guidelines update, 2024. *Alzheimer's Dement*. 2024. Vol. 21, № 1: e14324.

особливо за легкого когнітивного дефіциту (Godefroy et al., 2011; Toglia et al., 2011; Pendlebury et al., 2012).

Якщо під час скринінгового тестування виявлено потенційні порушення когнітивних функцій, може бути доречним детальніше нейропсихологічне обстеження, яке передбачає оцінювання стану пацієнта «біля ліжка» (виконання тесту на заміну цифрових символів), тестування окремого домену (застосування батареї тестів на лобову дисфункцію) або детальніше оцінювання (за допомогою узгодженої батареї тестів для виявлення КПСГ Національного інституту з вивчення неврологічних порушень та інсульту США / Канадської мережі боротьби з інсультом (Zaidi et al., 2020; Dubois et al., 2000; NINDS / CSN; Hachinski et al., 2006).

На підставі інтерактивних даних пацієнтів із КПГ було розроблено відповідну «дорожню карту», яка допоможе медичним працівникам розробити персоналізований підхід до ведення пацієнта з КПСГ, а також залучити членів родини такого хворого до цього процесу (рис. 2). Важливо забезпечити безпечні умови вдома, стимулювати пацієнта до прогулянок, читання, бесід, підтримувати його в змінах настрою, виявляти терпіння та спокій. Також необхідний контроль за станом здоров'я і лікуванням супутніх захворювань (McGuff et al., 2022).

Рекомендації щодо скринінгу, оцінювання й діагностування когнітивних порушень судинного генезу

Діагностування когнітивних порушень судинного генезу

- Розглядайте осіб із клінічно виразним інсультом, транзиторною ішемічною атакою (ТІА) або інсультом із прихованим перебігом, підтвердженим даними візуалізації головного мозку (без симптомів інсульту, явного ССЗ чи значних судинних чинників ризику в анамнезі), як групу підвищеного ризику розвитку КПСГ (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Особам, які мають ознаки когнітивних порушень, для прямого або непрямого зображення структури та функції нервової системи виконайте нейровізуалізацію (*сильна рекомендація; низька якість доказів*) (табл. 2).

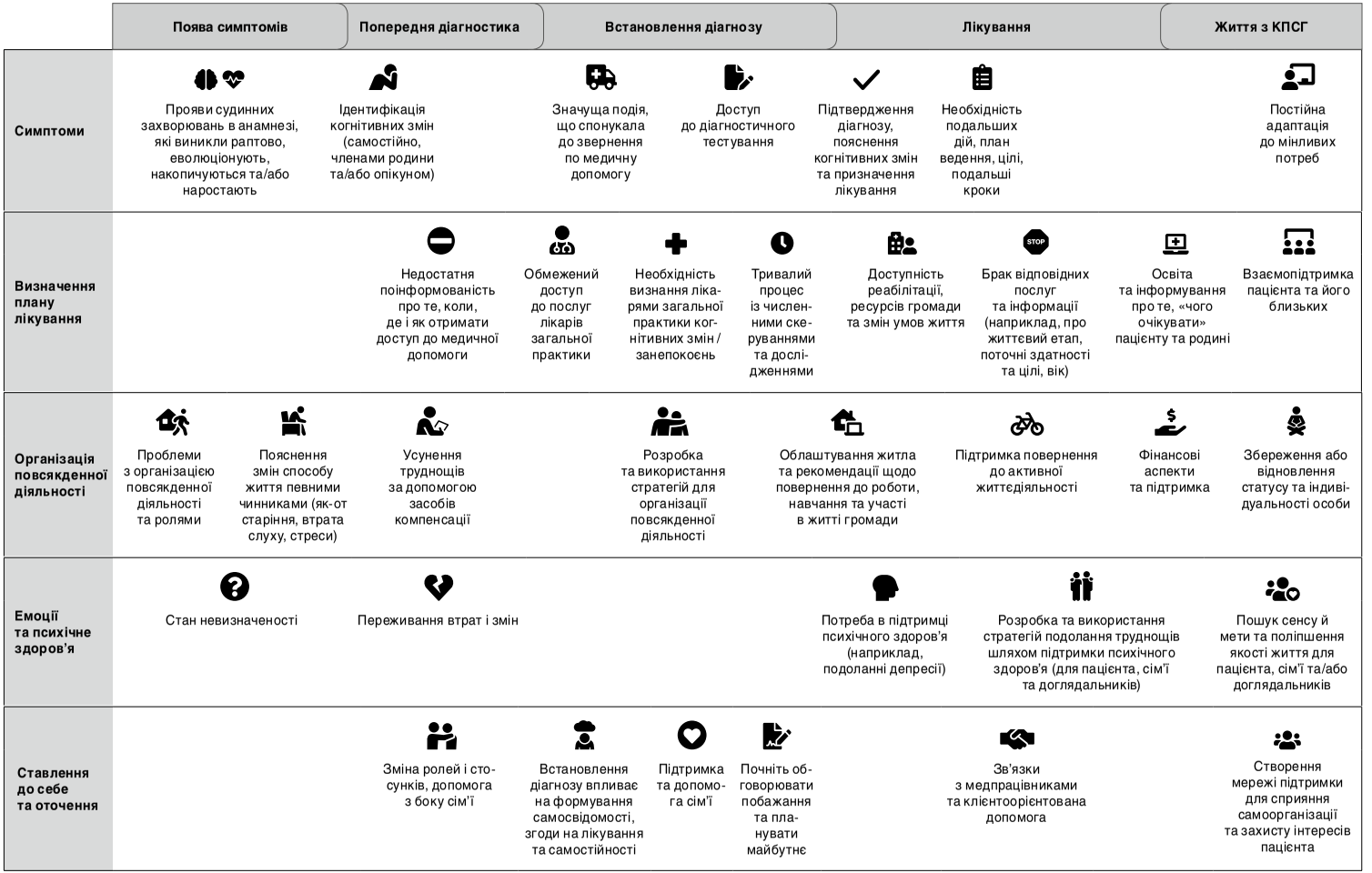


Рисунок 2. «Дорожня карта», створена на підставі даних життєвого досвіду пацієнтів із когнітивними порушеннями судинного генезу

Адаптовано згідно з R.H. Swartz et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Vascular cognitive impairment, 7th edition practice guidelines update, 2024. *Alzheimer's Dement*. 2024. Vol. 21, № 1: e14324.

Таблиця 1. Скринінгові інструменти для початкового оцінювання пацієнтів на наявність КПСГ

Інструменти для швидкого оцінювання (≤ 5 хв на застосування)
6-Пунктовий тест на когнітивні порушення (6-CIT) (Brooke and Bullock, 1999)
6-Пунктовий скринінговий тест для виявлення когнітивних порушень (SIS) (Callahan et al., 2002)
Тест на малювання годинника (CDT) (Sunderland et al., 1989)
Скринінговий тест на депресію, обструктивне апное уві сні та когнітивні порушення (DOC Screen) (Swartz et al., 2017)
8-пунктове інтерв'ю для диференціації хвороби Альцгеймера (AD8) (Galvin et al., 2005)
Скринінговий тест для оцінювання когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG) (Brodaty et al., 2002)
Скринінговий тест на виявлення погіршення пам'яті (MIS) (Buschke et al., 1999)
Міні-тест для обстеження когнітивних функцій Адденбрука (Mini ACE) (Hsieh et al., 2015)
Міні-тест для скринінгу на деменцію (Mini Cog) (Borson et al., 2003
Інструменти для скринінгу (≥ 5 хв на застосування)
Шкала для оцінюванняння когнітивної функції Адденбрука (ACE) (Hsieh et al., 2013)
Шкала для оцінювання когнітивних та виконавчих функцій* (Free Cog) (Burns et al., 2021)
Коротка шкала для оцінювання психічного статусу (MMSE) (Folstein et al., 1975)
Монреальська шкала для оцінювання когнітивних здібностей MoCA (Nasreddine et al., 2005)
Багатофакторний опитувальник для оцінювання пам'яті (MMQ) (Troyer and Rich, 2002)
Універсальна шкала оцінювання деменції Роуланда (RUDAS) (Storey et al., 2004)
Тест для перевірки пам'яті (TYM) (Larner, 2021)
Скринінгові інструменти для дистанційного використання
Телефонне інтерв'ю для оцінювання когнітивного статусу (Tele-Free-Cog) (Brandt et al., 1988)
Телефонне інтерв'ю для визначення когнітивного статусу (TICS) (Tamara et al., 2009)
Телефонне інтерв'ю для визначення когнітивного статусу модифіковане (TICS-M) (Welsh et al., 1993)
Телефонна версія шкали MMSE з 26 пунктів (Tele-MMSE) (Newkirk et al., 2004)
Інструменти для скринінгу на деменцію, спричинену когнітивними порушеннями судинного генезу
Кембриджський інструмент для скринінгу на деменцію у пацієнтів з інсультом (CAMCOG) (Roth et al., 1986)
Шкала для оцінювання когнітивних функцій і функціональної незалежності (Cognitive-FIM) (Keith et al., 1987)
Батарея тестів на лобову дисфункцію (FAB) (Dubois et al., 2000)
Узгоджена батарея тестів для виявлення когнітивних порушень судинного генезу Національного інституту з вивчення неврологічних порушень та інсульту США / Канадської мережі боротьби з інсультом (NINDS-CSN Harmonization VCI Neuropsychology Protocols) (Hachinski et al., 2006)
Повторювана батарея тестів з оцінювання нейропсихологічного стану (RBANS) (Randolph et al., 1998)

Примітка. * Нова гібридна шкала для використання в клінічній практиці, яка інтегрує показники оцінювання когнітивних та виконавчих здібностей.

Адаптовано згідно з R.H. Swartz et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Vascular cognitive impairment, 7th edition practice guidelines update, 2024. *Alzheimer's Dement*. 2024. Vol. 21, № 1: e14324.

Скринінг на когнітивні порушення судинного генезу

- Пацієнтам з інсультом або ТІА рекомендуйте проходження скринінгу на виявлення будь-яких змін когнітивних функцій після інсульту порівняно з їхнім когнітивним статусом до інсульту; це слід зробити перед випискою з медзакладу, де надавали невідкладну допомоги або послуги з реабілітації (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).

Примітка. Про зміни може повідомляти як пацієнт, так і члени його родини, опікуни або клініцисти.

- Особи, які мають значний ризик розвитку КПСГ (цереброваскулярні захворювання за результатами нейровізуалізації та/або декілька судинних чинників ризику) і клінічно очевидні або задокументовані (самостійно або доглядальником) когнітивні, перцептивні чи функціональні зміни, мають пройти скринінг на КПСГ (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*):
  - під час скринінгу на КПСГ використовуйте валідовані інструменти (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Якщо результати скринінгу є недостатньо інформативними, не відповідають функціональним навичкам або вказують на очікувані ризики для безпеки, розгляньте можливість скерування такого пацієнта для офіційного оцінювання когнітивних, мовленнєвих та/або загальних функцій (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).

Оцінювання стану особи з КПСГ

- Пацієнти з КПСГ, які мають порушення когнітивних функцій (клінічні, задокументовані в анамнезі, згідно з інформацією пацієнта чи члена його родини, виявлені під час скринінгу), незалежно від того, пов'язані вони з інсультом в анамнезі чи ні, мають пройти ретельне оцінювання стану медичними працівниками, які мають відповідний досвід обстеження для виявлення нейрокогнітивних розладів та КПСГ (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*) (табл. 2).
- Оцінювання тяжкості КПСГ передбачає визначення впливу когнітивного дефіциту на функціонування, безпеку в побутовій / інструментальній повсякденній діяльності, керуванні автотранспортом, соціальному, дозвільному, фінансовому, професійному та/або академічному функціонуванні (*сильна рекомендація; низька якість доказів*) (табл. 1).
- Запропонуйте пацієнту з КПСГ пройти скринінг на виявлення супутніх захворювань (як-от нейродегенеративні порушення, розлади сну або настрою, депресія, тривожні розлади або апатія), які також можуть чинити вплив на рівень когнітивних функцій (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Для вибору та впровадження відповідних стратегій корекційного, компенсаційного та/або адаптивного втручання відповідно до особистісно-орієнтованих потреб і цілей беріть до уваги результати такого оцінювання (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).

Діагностична візуалізація та лабораторні дослідження

- Усім пацієнтам із підозрою на КПСГ для підтвердження цереброваскулярного захворювання виконайте візуалізацію судин головного мозку за допомогою МРТ або КТ (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).
- Віддавайте перевагу МРТ для дослідження на наявність КПСГ, якщо немає протипоказань (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- За виконання КТ для кращого оцінювання атрофії гіпокампа рекомендуйте виконати безконтрастну КТ і отримати відповідні зображення у фронтальній проєкції (*сильна рекомендація; низька якість доказів*) (Smith et al., 2020).
- Для визначення ризику інсульту та можливих чинників, що призводять до розвитку когнітивних порушень, використовуйте результати розгорнутого аналізу крові; рівня тиреотропного гормону, вмісту вітаміну В12, кальцію, електролітів крові, креатиніну, активності аланінамінотрансферази, ліпідограми і вмісту глікованого гемоглобіну (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).

Таблиця 2. Симптоми когнітивних порушень судинного генезу

	Приклади симптомів, про які повідомляють особи з КПСГ та члени їхніх родин	Приклади результатів клінічних інтерв'ю, клінічних спостережень або результатів клінічного обстеження пацієнта	Дані, відображені у «Дорожній карті», створеній на основі досвіду пацієнтів із КПСГ (див. рис. 2)
Виконавча функція	Труднощі з визначенням нових стратегій	Порушення: • підтримання уваги • швидкості обробки інформації • формування вербальних та/або невербальних понять • вербального та/або невербального міркування • усвідомлення власних недоліків	Зміни, які помилково пов'язують зі стресом, зумовленим зміною способу життя, втратою слуху, віком
	Неналежний моніторинг довкілля з метою безпеки	Зниження когнітивної гнучкості (перемикання уваги)	Проблеми з участю у повсякденній діяльності та виконанні ролі в суспільстві
	Небезпечне керування автомобілем	Персеверації мовлення або виконання завдань	Розробка та використання стратегій для організації повсякденної діяльності
	Складнощі з багатозадачністю	Порушення контролю реакції	Приховування проблем за рахунок розробки компенсаторних стратегій
	Неприязнь до багатолюдного оточення та відволікаючих чинників	Підвищена схильність до делірію	Адаптація для повернення до роботи
	Зміни в здатності керувати оплатою рахунків, фінансами, прийманням ліків, зустрічами, плануванням та/або соціальними планами	Зниження здатності аналізувати ситуацію, розробляти ефективний план та доносити цей план до інших	Переживання втрат
	Потреба в нових стратегіях для управління повсякденними справами або приховування проблем	Проблеми з виконанням завдань під час тестування (як-от завдання на віднімання за спаданням, парадигма Go/No-Go) або скринінгу «біля ліжка» (наприклад, тестів на малювання годинника та копіювання куба)	Невизначеність
	Потреба в додатковій підтримці партнера / подружжя / дитини / опікуна	Не є ініціатором виконання завдань, розмов	Обговорення плану на майбутнє
	Легке відволікання від ходу думок	Нездатність до правильного міркування: не оцінює наслідків неправильних рішень	
	Втрачання / загублення предметів і думки про те, що їх вкрали		
	Проблеми з прийняттям рішень і визначенням зворотного зв'язку		
	Прийняття неправильних рішень		
	Проблеми з продуктивністю праці		
	Порушення соціального пізнання: проблеми з інтерпретацією соціальних контекстів, розпізнаванням емоцій, емпатією		

Продовження таблиці 2

	Приклади симптомів, про які повідомляють особи з КПСГ та члени їхніх родин	Приклади результатів клінічних інтерв'ю, клінічних спостережень або результатів клінічного обстеження пацієнта	Дані, відображені у «Дорожній карті», створеній на основі досвіду пацієнтів із КПСГ (див. рис. 2)
Пам'ять	Незвичайні труднощі з пригадуванням імен або пошуком слів	Труднощі із запам'ятовуванням: • нової інформації • останніх дій • того, чи вимкнута плита • того, чи закритий кран • необхідності приймати ліки • необхідності оплачувати рахунки • того, як дістатися до знайомих місць	Зміни, які помилково пов'язують зі стресом, зумовленим зміною способу життя, втратою слуху, віком
	Повторювані питання або історії	Порушення процесів навчання та пошуку інформації (вербальної / невербальної)	
	Забування про зустрічі, приймання ліків	Погане запам'ятовування 3–5 слів	
	Потреба у використанні нових стратегій для управління повсякденною діяльністю		
	Легке втрачання ходу думок		
	Потреба в додатковій підтримці партнера / подружжя / дитини / опікуна		
	Втрачання / загублення предметів і думки про те, що їх вкрали		
Інші симптоми	Проблеми з мовленням	Порушення пошуку слів або називання предметів	Проблеми з когнітивними функціями, не розпізнані пацієнтами, їхніми близькими та/або медпрацівниками
	Нові труднощі з підрахунками	Акалькулія	Розробка та застосування стратегій для керування щоденною діяльністю
	Нові проблеми з дотриманням маршрутів, діставання до певних місць	Занепад, занедбаність	Пристосування житлового приміщення
	Труднощі з розумінням напрямів «ліворуч» і «праворуч»	Проблеми із зорово-просторовою орієнтацією	Обмежений доступ до надання медичних послуг
	Заблукання	Плутання напрямів «ліворуч» і «праворуч»	Зміни в ролях і стосунках як допомога сім'ї
	Проблеми з використанням предметів або інструментів, як-от телефон, зубна щітка тощо	Апраксія	Невизначеність
			Вплив на ідентичність і самовизначення

Закінчення таблиці 2

	Приклади симптомів, про які повідомляють особи з КПСГ та члени їхніх родин	Приклади результатів клінічних інтерв'ю, клінічних спостережень або результатів клінічного обстеження пацієнта	Дані, відображені у «Дорожній карті», створеній на основі досвіду пацієнтів із КПСГ (див. рис. 2)
Загальні / функціональні порушення	Складнощі в повсякденній діяльності та виконанні ролі в суспільстві	Пацієнт: • легко відволікається • може зосередитися лише на одній справі одночасно • легко втомлюється при виконанні завдань, що вимагають пізнавальних зусиль • не проявляє ініціативи • повільно думає / говорить • дратівливий, легко «виходить із себе» • має повторювану поведінку	Зміни в ролях і стосунках у міру того, як сім'я надає допомогу
	Зміни, які помилково пов'язують зі стресом, зумовленим зміною способу життя, втратою слуху, віком	Не погоджується з іншими щодо того, що він може робити самостійно чи безпечно	Вплив на ідентичність і самовизначення
	Члени сім'ї та опікуни потребують додаткової підтримки	Чи буде пацієнт із КПСГ, члени його родини / опікуни почуватися комфортно, якщо дозволити йому самостійно опікуватися маленькою дитиною або близькою людиною?	Вплив на здатність давати згоду або виконувати власні повноваження
			Невизначеність
			Діагноз може / не може бути встановлено
			Адаптація для повернення до роботи
			Переживання втрат
			Обговорення планів на майбутнє

Примітки: КПСГ — когнітивні порушення судинного генезу; парадигма Go/No-Go — методика нейропсихологічних досліджень функції когнітивного контролю із завданнями, виконуючи які, слід реагувати на один стимул, пригнічуючи відповідь на інший.

Адаптовано згідно з R.H. Swartz et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Vascular cognitive impairment, 7th edition practice guidelines update, 2024. *Alzheimer's Dement*. 2024. Vol. 21, № 1: e14324.

Діагностичні критерії когнітивних порушень судинного генезу

- Діагностуйте КПСГ на підставі даних про наявність судинного захворювання та когнітивних порушень (виявлених уперше або тих, тяжкість яких посилилася) їх перебіг пов'язаний із цереброваскулярним ураженням або погіршений ним (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).
- Використовуйте для підтвердження КПСГ такі стандартизовані критерії (*умовна рекомендація; низька якість доказів*):
  - критерії васкулярних поведінкових і когнітивних розладів (VAS-COG);
  - критерії Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів 5-го видання (DSM-5);
  - критерії згідно з Консенсусним дослідженням класифікації порушень когнітивної функції внаслідок ураження судин (VICCS);
  - критерії згідно з консенсусною заявою Американської асоціації серця (AHA) (*сильна рекомендація; низька якість доказів*) (Smith et al., 2020).

Клінічні міркування

- *Судинна патологія передбачає множинні кортикальні або підкіркові інфаркти, приховані інфаркти, інфаркти в «стратегічно важливих» ділянках, церебральну мікроангіопатію з ураженням білої речовини та утворенням лакун, а також крововиливи у мозок, зокрема мікрогеморагії та поверхневий сидероз.*
- *Дані МРТ є більш чутливими, ніж КТ, щодо судинних змін, як-от малі мозкові інфаркти; МРТ є методом вибору для опису маркерів церебральної мікроангіопатії та амілоїдної ангіопатії за консенсусними критеріями, його результати можуть надати додаткову інформацію про альтернативні або супутні діагнози, як-от форми фокальної атрофії, пов'язані з нейродегенеративною деменцією:*
- *Якщо МРТ недоступна або протипоказана, доцільно розглянути виконання КТ.*
- *Отримані зображення, крім допомоги в діагностуванні, також можна використовувати для відстеження змін або прогресування захворювання.*
- *Якщо нейровізуалізація недоступна, клінічний анамнез і дані обстеження, що підтверджують інсульт, можуть бути використані як об'єктивні докази цереброваскулярного захворювання.*
- *Поріг судинного ураження — ступеня та локалізації — необхідний для виникнення клінічної когнітивної дисфункції, неясний і, ймовірно, буде відрізнятися між пацієнтами через різний рівень когнітивного резерву. Ліва половина лобової частки, ліва скронева частка, лівий таламус і права половина тім'яної частки є «стратегічно важливими» ділянками, інфаркти в яких із високою ймовірністю погіршують когнітивні функції.*

Ведення пацієнтів із когнітивними порушеннями судинного генезу

Профілактика

Судинні чинники ризику, як-от АГ, ЦД, дисліпідемія та куріння в середньому віці, пов'язані зі збільшенням ризику КПСГ на 20–40 % (Rundek et al., 2022). Найпереконливіші докази отримано щодо зв'язку АГ із погіршенням когнітивних функцій і важливості лікування АГ для профілактики когнітивних порушень (McGrath et al., 2017; Ou et al., 2020). Ризик КПСГ серед осіб віком понад 50 років без інсульту, але із систолічним артеріальним тиском (САТ) > 130 мм рт. ст. і принаймні одним додатковим чинником ризику, був значно нижчим у групі інтенсивної терапії (цільовий АТ < 120 / < 80 мм рт. ст.) після медіани тривалості лікування 5,11 року (Williamson et al., 2019). Подальші метааналізи підтвердили переваги інтенсивного лікування АГ для зменшення частоти когнітивних порушень і деменції з абсолютним зниженням ризику від 0,4 до 0,7 % на рік, із лінійним зв'язком між нижчим АТ і меншим ризиком КПСГ (Hughes et al., 2020; Peters et al., 2022).

Особам віком > 50 років із САТ > 130 мм рт. ст. для зниження смертності, серцево-судинного / цереброваскулярного ризику та ризику розвитку деменції / когнітивних порушень рекомендовано інтенсивний контроль АТ (цільовий САТ < 120 мм рт. ст.) (Jain et al., 2022). Ефект інтенсивного контролю АТ до цільового рівня < 120 / < 80 мм рт. ст. в осіб з інсультом не досліджували. ЦД пов'язаний із погіршенням когнітивних функцій, він був одним із найсильніших предикторів (що піддавався лікуванню) когнітивних порушень після інсульту (відносний ризик [ВР] 1,29; 95 % довірчий інтервал (ДІ) 1,14–1,45) та постінсультних КПСГ (ВР 1,38; 95 % ДІ 1,10–1,72) (Filler et al., 2024). Ризик розвитку когнітивних порушень підвищується в осіб, які зловживають алкоголем (вживають > 14 стандартних одиниць / тиждень; одна стандартна одиниця дорівнює ~ 12 г етилового спирту) (Sabia et al., 2018). Крім того, куріння також підвищує ризик КПСГ до 40 % (Gottesman et al., 2017).

Медикаментозне лікування

Для лікування пацієнтів із деменцією альцгеймерівського типу та судинного генезу використовують інгібітори холінестерази, як-от донепезил, ривастигмін і галантамін. За даними мережевого метааналізу результатів семи досліджень, застосування донепезилу в дозі 10 мг/добу було

найефективнішим для поліпшення когнітивних функцій, хоча супроводжувалося численними побічними явищами (Battle et al., 2021).

Галантамін посів друге місце за показниками ефективності й безпеки, а вплив ривастигміну (як позитивні, так і побічні ефекти) був найменшим. Застосування антагоніста рецептора N-метил-D-аспартату (NMDA) мемантину також було пов'язане з поліпшенням показників когнітивного функціонування в пацієнтів із судинною деменцією (McShane et al., 2019).

Супутні нейропсихічні захворювання

В осіб із КПСГ поширені розлади настрою, як-от депресія, тривожні розлади та апатія, (Douven et al., 2018; Vlachos et al., 2021; Lammers et al., 2023). Психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), збільшує шанси досягнення ремісії, сприяє поліпшенню настрою та повсякденної активності, підвищує якість життя пацієнтів із КПСГ, а регулярна фізична активність допомагає зменшити прояви депресії (Orgeta et al., 2022; Leng et al., 2018). Часто в осіб із тяжкими КПСГ або деменцією виникають поведінкові розлади. Імітаційна терапія присутності може сприяти редукції ажитації в пацієнтів із тяжкою деменцією, які мешкають у геріатричних будинках (Abraha et al., 2020).

У пацієнтів із ХА або судинною деменцією з нейропсихічними симптомами як типові, так і атипові антипсихотики також можуть зменшувати симптоми ажитації та психозів, але їх слід використовувати з обережністю, оскільки вони підвищують ризик смерті, ймовірно, через кардіотоксичність (Mühlbauer et al., 2021; CCSMH / BPSD, 2024).

В осіб із КПСГ та депресією лікування антидепресантами (серотонінергічними, трициклічними, інгібіторами моноамінооксидази [iMAO] та селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну [SSRI]) не зменшувало ознаки депресії через 6–13 тижнів, але підвищувало ймовірність ремісії (Dudas et al., 2018). Серотонінергічні антидепресанти сприяли значущій редукції нейропсихічних симптомів, проявів ажитації та депресії в осіб із КПСГ, тому СІЗЗС вважаються препаратами першої лінії для таких пацієнтів (CCSMH / BPSD, 2024).

Фізична активність

Регулярна фізична активність може допомогти зберегти когнітивні функції та зменшити ризик зниження когнітивних здібностей, зумовленого ураженням судин (Kivimäki et al., 2019). Вправи на силу та рівновагу, а також гімнастика тайцзицюань допомагають значно зменшити частоту падінь (коефіцієнт інцидентності 0,70; 95 % ДІ 0,52–0,95) порівняно зі звичайним доглядом осіб із легкими або помірними КПСГ, які проживають у громаді (Li et al., 2021). За даними дослідження L. Middleton et al. (2008), фізична активність (від середньої до високої) сприяла значному зниженню ризику розвитку КПСГ (без деменції) порівняно з особами з низькою фізичною активністю (відношення шансів [ВШ] 0,59; 95 % ДІ 0,40–0,88).

Рекомендації щодо лікування пацієнтів із когнітивними порушеннями судинного генезу

Лікування пацієнтів із КПСГ потребує спільного рішення, розробленого для досягнення оптимального результату процесу, який передбачає втручання, що ґрунтуються на даних доказової медицини, особистісно орієнтовані перспективи та системні підходи для поліпшення догляду.

Ведення пацієнтів із когнітивними порушеннями судинного генезу

- Для лікування пацієнтів із КПСГ розробіть персоналізований план втручань, що передбачає особистісно орієнтований підхід, спільне прийняття рішень, прийнятні та узгоджені цілі терапії та її переваги (*сильна рекомендація; низька якість доказів*):
  - лікування охоплює подальше спостереження та моніторинг, які регулярно переглядайте, оскільки перебіг КПСГ змінюється із часом (*сильна рекомендація; низька якість доказів*);
  - визначте цілі лікування та вибрані втручання на підставі даних про сильні та слабкі аспекти когнітивного профілю пацієнта (клінічні симптоми та тяжкість), його комунікативні

здібності, етіологію / прогноз, супутні патології, здатність приймати рішення, догляд і умови проживання (наявність сім'ї та доглядальника) (*сильна рекомендація; низька якість доказів*);
  - під час втручань зважайте на довгострокові цілі щодо підтримки та/або сприяння відновленню бажаної активності та діяльності (самообслуговування, ведення домашнього господарства й керування фінансами, відпочинок, водіння авто, повернення до роботи) у контексті найякісніших наявних доказів (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).
- Застосовуйте для лікування пацієнтів із КПСГ та реабілітації когнітивних функцій як немедикаментозні, так і фармакологічні підходи (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Оптимізуйте призначене лікування для впливу на судинні чинники ризику порушення когнітивних функцій (*сильна рекомендація; висока якість доказів*).
- Надайте інформацію щодо очікуваних клінічних симптомів та впливу на когнітивні та загальні функції пацієнта з КПСГ, членам їхніх родин і доглядальникам на різних етапах перебігу захворювання (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).

Немедикаментозне лікування

- Ретельно обстежте пацієнта з КПСГ для виявлення супутніх захворювань (АГ, ЦД, порушення ліпідного обміну, ФП, розлади сну) та аспектів зміни способу життя, які зумовлюють судинні чинники ризику (як-от дієта, споживання натрію, продуктів із високим вмістом холестерину та алкоголю, рівень фізичної активності, маса тіла, куріння) (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Для досягнення максимального зниження ризику першого або повторного інсульту в пацієнтів із КПСГ контролюйте медичні стани та чинники ризику, зумовлені способом їхнього життя, оскільки вони позначаються на порушенні когнітивних функцій (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Скеруйте пацієнта з КПСГ до відповідних фахівців для призначення лікування супутніх захворювань і зменшення чинників ризику судинних патологій, а також супутніх розладів (як-от дисфагії) (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Додатково підтримайте пацієнта з КПСГ, який може потребувати засобів зв'язку, відповідних пам'яток, участі доглядальників або членів родини для оптимізації встановлення цілей і комплаєнтності лікування (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).

Медикаментозне лікування

Призначення інгібіторів холінестерази (донепезилу, ривастигміну і галантаміну) та антагоніста NMDA-рецепторів мемантину слід розглянути для пацієнтів із деменцією судинної або змішаної етіології, застосування яких ґрунтується на даних РКД, що продемонстрували переваги щодо поліпшення когнітивних функцій (*умовна рекомендація; висока якість доказів*).

Лікарі-куратори пацієнтів із КПСГ мають звертати особливу увагу на призначувані медикаменти, оскільки препарати певних класів можуть збільшувати ризик когнітивних флуктуацій або зниження когнітивних функцій (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).

Антитромботичні засоби

- Для профілактики інсульту / судинних патологій призначайте антиагрегантні або антитромботичні засоби відповідно до наявних у пацієнта з КПСГ первинних і вторинних показань (*сильна рекомендація; висока якість доказів*) (Gladstone et al., 2022; Heran et al., 2024; Bainey et al., 2024).
- Не розглядайте КПСГ як протипоказання для проведення антитромбоцитарної терапії (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).
- Можливо розгляньте використання низьких доз ацетилсаліцилової кислоти (АСК), хоча її користь залишається неясною в пацієнтів із КПСГ або судинною деменцією, які можуть мати приховані інфаркти мозку, виявлені завдяки нейровізуалізації, без інсульту в анамнезі (*умовна рекомендація; низька якість доказів*) (Smith et al., 2020).

Артеріальна гіпертензія

- Усім пацієнтам із підвищеним АТ, які мають КПСГ або високий ризик їх розвитку, призначте довгострокову терапію АГ, яка може допомогти зменшити рівень виразності порушень когнітивних здібностей (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Призначте антигіпертензивну терапію пацієнту з когнітивними розладами з відомою або підозрюваною судинною етіологією, якщо його середні показники діастолічного АТ / САТ постійно становлять ≥ 90 / ≥ 140 мм рт. ст. відповідно (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*):
  - антигіпертензивна терапія та цільові показники АТ мають ґрунтуватися на первинних і вторинних показаннях щодо профілактики інсульту або судинних захворювань (*сильна рекомендація; висока якість доказів*).

Афективні розлади

- Ретельно відстежуйте зміни настрою та поведінки в пацієнта з КПСГ, зокрема, на підставі даних про виразність клінічних симптомів та/або відомостей від самого пацієнта, його близьких або доглядальників (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Оцініть за допомогою валідованих інструментів та/або інтерв'ю ознаки наявності є депресії, тривожних розладів, апатії та емоційної реактивності, які є доволі поширеними в осіб із КПСГ (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Використовуйте для лікування пацієнтів з афективними і тривожними розладами психотерапію, нефармакологічну терапію (фізичні вправи) та/або фармакотерапію окремим препаратом чи їх комбінацією (*сильна рекомендація; висока якість доказів*), відповідно до стану здоров'я пацієнта та наявності когнітивних і комунікаційних розладів (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Для осіб із легким КПСГ розгляньте КПТ, міжособистісну терапію або поведінкову активацію як методи першої лінії лікування депресії та тривожних розладів (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Розгляньте індивідуальне лікування для пацієнтів із тяжкими КПСГ задля поліпшення якості їхнього життя та редукції поведінкових і психологічних симптомів. Такі підходи передбачають облаштування навколишнього середовища, поведінкову активацію, регулярну фізичну активність, музичну та ремінісцентну терапію (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).

Контроль поведінки

- Запропонуйте пацієнтам із встановленим або підозрюваними КПСГ пройти скринінг на наявність змін у поведінці, що можуть спричинити дистрес або певні порушення, зокрема, за допомогою співбесід із самим пацієнтом, членами його родини та медичної команди (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- У разі змін поведінки пацієнта слід провести його обстеження та призначити лікування, спрямоване на потенційні основні причини (наприклад, больовий синдром або інфекцію сечовивідних шляхів) (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Розгляньте нефармакологічні стратегії як засіб першочергової терапії пацієнта з КПСГ, у якого є зміни поведінки (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*):
  - для пацієнтів із легким ступенем КПСГ, когнітивними, поведінковими розладами, проблемами з міжособистісною взаємодією слід розглянути застосування психотерапії як адаптивної стратегії для подолання проблем (*умовна рекомендація; низька якість доказів*).
- Розгляньте структуровані та відповідно адаптовані заходи, що є індивідуалізованими й узгодженими з поточними можливостями пацієнта і враховують його інтереси (*сильна рекомендація; низька якість доказів*) (SIGN, 2023).
- Якщо пацієнт із КПСГ, члени його родини / доглядальники відчувають дистрес або є ризик заподіяння шкоди собі або іншим особам (за дуже серйозних симптомів), розгляньте фармакологічне втручання (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).

- Доповніть фармакологічне лікування, але не замінюйте його на немедикаментозні заходи (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).
- Оскільки фармакологічні стратегії керування поведінкою можуть мати потенційну шкоду, слід розглянути можливість залучення відповідних фахівців до управління поведінкою дорослих пацієнтів із КПСГ (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).
- У складних клінічних випадках слід розглянути скерування до фахівця з поведінкового терапії в контексті нейрокогнітивних порушень (*умовна рекомендація; низька якість доказів*).
- Втручання на основі активності, адаптовані до індивідуальних здібностей та вподобань (як-от заняття за системою Монтессорі для літніх осіб із КПСГ, активаційні втручання) для пацієнтів із тяжкими симптомами КПСГ можуть посилити позитивний вплив (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*) і зменшити хвилювання (*умовна рекомендація; помірна якість доказів*).

Клінічні міркування

- *Використання інгібіторів холінестерази для пацієнтів із КПСГ без ХА є предметом дискусій. Застосування цих засобів має ґрунтуватися на клінічному судженні про те, що навіть невелике поліпшення когнітивних функцій матиме значний вплив на якість життя. Слід брати до уваги ймовірність несприятливих явищ. Приймаючи рішення щодо фармакологічного лікування, необхідно зважати на тяжкість стану пацієнта з КПСГ.*
- *Питання про припинення приймання інгібіторів холінестерази, якщо виникають побічні ефекти, немає очевидної користі та/або якщо їх застосування більше не відповідає цілям терапії через прогресування порушень до тяжких.*
- *Психостимулятори можуть відігравати певну роль для окремих осіб із КПСГ (із виразними ознаками апатії або неуважності, що впливає на їхню повсякденну діяльність), хоча нині недостатньо доказів для надання відповідних рекомендацій. Необхідні подальші дослідження ефективності та безпеки цих засобів для пацієнтів із КПСГ.*

Безпека та контроль ризиків

- Оскільки наявність КПСГ може збільшити ризики безпеки для діяльності, пов'язаної з побутовою / повсякденною діяльністю, оцініть і надалі контролюйте стан таких пацієнтів щодо розвитку ризиків безпеки (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).
- Визначте потенційні ризики для безпеки стану пацієнта з КПСГ, зокрема, через розуміння взаємозв'язку між його когнітивним статусом (оцінювання подій, концентрація уваги, здатність запам'ятовувати і планувати події) і візьміть до уваги такі чинники, як:
  - автономія та здатність приймати рішення (*сильна рекомендація; низька якість доказів*);
  - поведінковий статус (збудження / апатія) (*сильна рекомендація; низька якість доказів*);
  - довкілля (фізичне середовище, соціальні умови) (*сильна рекомендація; низька якість доказів*);
  - підвищений ризик падінь (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*);
  - види діяльності пацієнта , зокрема його професійної (побутова / інструментальна повсякденна активність та дозвілля) (*сильна рекомендація; низька якість доказів*);
  - керування транспортом (*сильна рекомендація; помірна якість доказів*).
- Інформуйте пацієнтів із КПСГ, членів їхніх родин та доглядальників про ризики щодо безпеки та стратегії їх зменшення (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).
- Для зменшення ризику падінь розгляньте фізичні вправи, тренування рівноваги та допоміжні засоби облаштування довкілля (*сильна рекомендація; низька якість доказів*).

Підготувала ***Наталія Купко***

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.strokebestpractices.ca