

Больной с когнитивным снижением на приеме у врача-терапевта

М.А. Морозова¹, Е.К. Кучерова², Г.Е. Рупчев^{✉1,3}, А.А. Алексеев³

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Минобрнауки России, Москва, Россия;

²ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №13» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

Аннотация

Цель. Оценка приемлемости скринингового опросника для выявления больных с умеренным когнитивным расстройством (УКР) в общей медицинской практике, определение его психометрической валидности и порогового значения опросника.

Материалы и методы. В исследование включались амбулаторные пациенты обоего пола в возрасте старше 18 лет с диагнозом «легкое когнитивное расстройство» F06.7 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра. МоСА использована в качестве инструмента для валидации нового опросника. В основу формулирования семи пунктов опросника «УКР 7» положены жалобы пациентов на те аспекты когнитивной дисфункции, которые обнаруживаются при УКР. Лингвистическая форма вопросов максимально приближена к обыденной речи, на каждый вопрос нужно ответить либо «да», либо «нет».

Результаты. В исследование включены 99 пациентов, из них женщин – 64, средний возраст составил $60 \pm 12,7$ года, образование (рассчитанное в годах обучения) – $14,2 \pm 2$ года, средний балл по МоСА – $23,6 \pm 3,5$ балла. Показатели МоСА соответствовали критериям возможного УКР (суммарный балл менее 26) у 65 больных. Заполнение опросника не вызывало у больных затруднений и не требовало помощи персонала. Согласованность выявления УКР по МоСА и по опроснику «УКР 7» при пороговом значении общего балла по «УКР 7», равном 3, достигала 92% из числа больных с УКР по показателю МоСА. Опросник показал хорошую внутреннюю согласованность: критерий альфа Кронбаха и стандартизованная альфа равнялись 0,81.

Заключение. Опросник «УКР 7» может применяться для скринингового выявления больных с подозрением на УКР в учреждениях первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: умеренное когнитивное расстройство, скрининг, самоопросник, общемедицинская практика, поликлинический прием

Для цитирования: Морозова М.А., Кучерова Е.К., Рупчев Г.Е., Алексеев А.А. Больной с когнитивным снижением на приеме у врача-терапевта. Терапевтический архив. 2024;96(12):1121–1126. DOI: 10.26442/00403660.2024.12.203002

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2024 г.

ORIGINAL ARTICLE

The patient with cognitive impairment in practice of the general practitioner

Margarita A. Morozova¹, Elizaveta K. Kucherova², George E. Rupchev^{✉1,3}, Andrey A. Alekseev³

¹Mental Health Research Center, Moscow, Russia;

²Psychiatric Clinical Hospital No. 13, Moscow, Russia;

³Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Abstract

Aim. To assess the acceptability of the screening questionnaire for the identification of patients with mild cognitive impairment (MCI) in general medical practice, to assess its psychometric validity and to determine the threshold value of the total score of the questionnaire.

Materials and methods. The study included outpatients of both sexes over the age of 18 years with a diagnosis of MCI according to ICD-10 F06.7. The MoCA was used as a tool to validate the new questionnaire. The formulation of the seven items of the MCI 7 questionnaire was based on patients' complaints about those aspects of cognitive dysfunction that are found in MCI. The linguistic form of the questions was as close as possible to everyday speech, each question had to be answered either "Yes" or "No".

Results. 99 patients (64 females) were included in the study, the mean age was 60 ± 12.7 years, education calculated in years of study – 14.2 ± 2 years, the average score for MoCA was 23.6 ± 3.5 points. MoCA parameter met the criteria for possible MCI (total score lower than 26 score) in 65 patients. Filling out the questionnaire did not cause difficulties for patients and did not require the assistance of the staff. The consistency of the detection of MCI by MoCA and by the questionnaire of MCI 7 with the threshold value of the total score for MCI 7 equal to three reached 92% from the patients with MCI by MoCA. The questionnaire showed good internal consistency: a criterion Cronbach's alpha was 0.81.

Conclusion. The MCI 7 questionnaire can become useful screening instrument for detection of patients with suspected MCI in primary health care institutions.

Keywords: mild cognitive impairment, screening, questionnaire, general medical practice, outpatient clinic

For citation: Morozova MA, Kucherova EK, Rupchev GE, Alekseev AA. The patient with cognitive impairment in practice of the general practitioner. Terapevticheskiy Arkhiv (Ter. Arkh.). 2024;96(12):1121–1126. DOI: 10.26442/00403660.2024.12.203002

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Рупчев Георгий Евгеньевич** – канд. мед. наук, науч. сотр. лаб. психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ, ст. науч. сотр. каф. нейрор-и патопсихологии фак-та психологии ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова». E-mail: rupchevgeorg@mail.ru

Морозова Маргарита Алексеевна – зав. лаб. психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ

Кучерова Елизавета Кирилловна – мед. психолог кабинета медико-психологической помощи ГБУЗ «ПКБ №13»

Алексеев Андрей Андреевич – соискатель ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова»

✉ **George E. Rupchev.** E-mail: rupchevgeorg@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4440-095X

Margarita A. Morozova. ORCID: 0000-0002-7847-2716

Elizaveta K. Kucherova. ORCID: 0009-0003-1864-1404

Andrey A. Alekseev. ORCID: 0000-0003-3690-8662

Введение

Ускоряющийся рост заболеваемости различными видами деменции отмечается в многочисленных исследованиях [1, 2]. Умеренное когнитивное расстройство (УКР) является ее продромальным периодом, которое без своевременной диагностики и адекватной терапии во многих случаях переходит в деменцию в течение ближайших 5 лет. Таким образом, по значимости для общества УКР становится в один ряд с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями [1, 2].

Хотя диагностические критерии УКР были сформулированы и опубликованы давно, в 1997 г., выявление больных с этим диагнозом остается довольно низким [3]. Одной из причин этого, возможно, является небольшое число квалифицированных специалистов в области нейродегенеративных заболеваний центральной нервной системы, геронтологов, неврологов, нейропсихологов и геронтопсихиатров, которое явно не соответствует числу нуждающихся в помощи пациентов [1, 4].

Другая проблема – особенность маршрута пациентов с УКР. В большинстве случаев такие больные в первую очередь попадают к терапевту, в связи с тем что обращают внимание на соматические симптомы, сопровождающие когнитивное снижение, такие как колебания артериального давления, тахикардию, головные боли, а также неспецифические неврологические нарушения (быструю утомляемость, слабость, бессонницу) [5–8].

Таким образом, возникает противоречие. С одной стороны, диагноз УКР выставляется только неврологами или психиатрами, так как для полноценной клинической и психометрической диагностики этого состояния необходима специальная подготовка. Даже такие скрининговые инструменты, как Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) и Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), для правильного использования требуют навыков и дополнительного времени. С другой стороны, большое число пациентов с УКР попадают к врачу общей практики, и заболевание не диагностируется. Многие исследователи указывают на насущную необходимость разработки и внедрения простых в использовании скрининговых инструментов [1, 9].

Предложено несколько таких инструментов, легких в использовании и не занимающих много времени, например Mini-Cog и тест рисования часов. Данные методы хорошо зарекомендовали себя для выявления больных с подозрением на деменцию и в меньшей степени – больных с УКР. В метааналитическом исследовании A. Breton и соавт., целью которого был анализ эффективности тестов для выявления УКР, показано, что чаще всего используется 8 когнитивных тестов: ACE-R, CERAD, CDT-Sunderland, IQCODE, Memory Alteration Test, MMSE, MoCA, QMC. Все они требуют значительного времени для проведения и используются преимущественно специалистами [10].

Большинство предложенных на сегодняшний день инструментов исследуют функциональные когнитивные возможности больных в эксперименте. Однако самоотчет больных о своем неблагополучии имеет также большое значение, так как именно субъективные переживания когнитивного снижения, а не функциональные нарушения в первую очередь определяют диагноз УКР по международным классификациям. Они могут дать врачу первичную информацию о когнитивном статусе больного и не требуют от врача ни дополнительного времени, ни специальных навыков. Такие опросники существуют, но их крайне мало. Из 34 инструментов, предложенных в российских клини-

ческих рекомендациях, опросник только один – Опросник для самодиагностики когнитивного расстройства (The Cognitive Difficulties Scale – CDS) Макнера и Кана [11]. Однако этот опросник довольно громоздкий, требует много времени и в некоторых случаях разъяснений, но основным ограничением является то, что он не валидизирован для российской популяции.

В связи с этим мы предприняли попытку создать краткий, удобный в использовании в общей клинической практике опросник, который больной мог бы заполнять самостоятельно, без участия медицинского персонала.

Цель исследования – оценить приемлемость скринингового опросника для диагностики УКР в общей медицинской практике, его психометрическую валидность, определить пороговое значение опросника, выявляющего наибольшее число случаев с признаками УКР по шкале MoCA.

Материалы и методы

Описание выборки пациентов

В исследование планировалось включить не менее 90 амбулаторных пациентов обоего пола в возрасте старше 18 лет с диагнозом «легкое когнитивное расстройство» F06.7 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), что соответствует критериям УКР [12].

Диагноз ставился на основании клинического заключения невролога или психиатра по диагностическим критериям МКБ-10, без применения наиболее широко используемой для первичной диагностики когнитивного функционирования Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment – MoCA). В дальнейшем в рамках исследования тест MoCA использован в качестве инструмента для валидации нового опросника «УКР 7».

Монреальская шкала оценки когнитивных функций

MoCA – психодиагностический инструмент, предназначенный для скрининга когнитивных нарушений. Разработан в 1996 г. Z. Nasreddine и соавт. [13] и в настоящее время широко используется в психодиагностической работе и исследовательской практике, включая клинические испытания [14, 15].

Шкала включает в себя задания, направленные на оценку различных когнитивных функций: ориентировка во времени и пространстве; зрительно-пространственные функции (копирование изображения куба, рисунок часов); речь (называния животных по их изображениям, повторение предложений, вербальная беглость); абстрактное мышление (сравнение понятий); память (заучивание 5 слов); внимание (вычитание от 100 по 7, повторение цифр в прямом и обратном порядке, задание на реакцию); управляющие функции (сокращенный вариант теста прокладывания пути – часть В). Благодаря широкому спектру включенных в методику когнитивных проб MoCA позволяет получить обобщенную оценку состояния когнитивной сферы пациента (испытуемого). Основным показателем – «общий» – представляет собой сумму баллов за все задания (находится в диапазоне от 0 до 30 баллов). Время выполнения методики составляет в среднем 10 мин.

Больным предлагалось в один и тот же день пройти тест и заполнить опросник «УКР 7». Считалось, что у больного есть подозрение на наличие УКР, если суммарный балл по тесту MoCA ниже 26.

Таблица 1. Бланк опросника «УКР 7»
Table 1. Questionnaire form "MCI 7"

Номер	Утверждение	Да	Нет
1	В последнее время голова стала соображать явно не так, как раньше	Да	Нет
2	Меня беспокоит, что в последнее время у меня появилась рассеянность, быстрая утомляемость и ухудшилась память	Да	Нет
3	В последнее время бывает, что в разговоре я не могу припомнить нужное слово	Да	Нет
4	Мне стало труднее запомнить имя нового знакомого (нового врача, соседа, коллеги)	Да	Нет
5	В последнее время я стал забывать, куда положил вещи (ключи, телефон, пульт)	Да	Нет
6	Мне стало трудно усваивать новую информацию (например, понять инструкцию пользования новым телефоном, овладевать новой бытовой техникой)	Да	Нет
7	В последнее время бывает, что я не могу сориентироваться в малознакомом месте	Да	Нет
Общее количество ответов «Да»			

Описание опросника «УКР 7»

В основу формулирования пунктов опросника положены жалобы пациентов на те аспекты когнитивной дисфункции, которые обнаруживаются при УКР. Лингвистическая форма максимально приближена к обыденной речи (табл. 1).

Таблица 2. Согласованность показателей «УКР 7» и MoCA при различных пороговых значениях по опроснику «УКР 7»
Table 2. Consistency of "MCI 7" and MoCA indicators at different thresholds according to the "MCI 7" questionnaire

	Есть диагноз УКР по обоим методикам)	Нет диагноза УКР по обоим методикам)	Ложноотрицательный ответ по «УКР 7» (УКР положительный только по MoCa)	Ложноположительный ответ по «УКР 7» (УКР положительный только по «УКР-7»)
Наличие УКР: пороговый критерий 3 и более баллов				
MoCA	+	–	+	–
Опросник «УКР 7»	+	–	–	+
Число случаев	60	8	5	26
Наличие УКР: пороговый критерий 4 и более баллов				
MoCA	+	–	+	–
Опросник «УКР 7»	+	–	–	+
Число случаев	53	13	21	12
Наличие УКР: пороговый критерий 5 и более баллов				
MoCA	+	–	+	–
Опросник «УКР 7»	+	–	–	+
Число случаев	44	18	21	16

Инструкция к заполнению

Вам предложено ответить «да» или «нет» на 7 утверждений. Утверждения касаются вашего состояния и оценивают изменения за последний год.

Нужно ответить на все вопросы либо «да», либо «нет». Если вы сомневаетесь, необходимо выбрать более подходящий вариант.

Статистический анализ

Средние значения и стандартные отклонения рассчитаны для непрерывных переменных, а частоты измерены для категориальных переменных. Область значений представлена как средние значения и стандартное отклонение. Внутренняя согласованность опросника определялась с помощью альфа Кронбаха и стандартизованной альфа. Уровень значимости установлен на уровне $p<0,05$. Статистический анализ выполнен в программе Statistica 10.

Результаты

В исследование включены 99 пациентов, из них мужчин – 35, женщин – 64. Средний возраст составил $60\pm12,7$ года. В группу включен один пациент мужского пола с диагнозом УКР в возрасте 21 год и одна женщина в возрасте 24 года. У мужчин возраст был несколько ниже среднего и составил $54,3\pm11,4$ года, у женщин – несколько выше: $62,6\pm12,4$ ($p=0,001$).

Образование оценивалось по количеству лет учебы. В среднем по группе этот показатель составил $14,2\pm2$ года. Половых различий по этому показателю не обнаружено: у женщин – $14,4\pm2$, у мужчин – 14 ± 2 года.

Средний балл по MoCA составил $23,6\pm3,5$ балла. Половых различий по этому показателю не обнаружено – он составил $23,2\pm3,7$ балла у мужчин и $23,8\pm3,5$ у женщин. Средний балл по опроснику «УКР 7» составил $4,8\pm2$ и был ниже у мужчин ($3,7\pm2,4$), чем у женщин ($5,4\pm2$; $p=0,0002$).

У 65 пациентов показатели шкалы MoCA соответствовали критериям УКР. Не обнаружено УКР по MoCA у 34 пациентов, из них мужчин более чем в 2 раза меньше, чем женщин (11 мужчин и 23 женщины).

Заполнение опросника не вызвало никаких затруднений ни у одного из пациентов, независимо от возраста и степени когнитивной дисфункции, и не требовало пояснений со стороны медицинского персонала. Отказов от заполнения опросника не было. Время заполнения опросника не превышало 3 мин. Таким образом, получено подтверждение, что опросник «УКР 7» оказался приемлемым инструментом для самостоятельного использования больными.

Для определения порогового балла по опроснику «УКР 7», который позволял бы выявлять максимальное количество пациентов с УКР, изучено соотношение согласованных и не согласованных с МоСА показателей опросника (табл. 2).

Оказалось, что в 60 из 65 случаев при положительном ответе хотя бы на 3 утверждения по опроснику «УКР 7» показатели МоСА указывали на наличие УКР. При повышении порогового балла, указывающего на возможное наличие УКР, совпадений становилось меньше.

При выборе порогового балла по опроснику «УКР 7», равного 3, согласованность с результатами МоСА достигала 92% из всех случаев, где по МоСА выявлялось подозрение на УКР, но при этом нарастало число случаев ложноположительных ответов до 26%. Иными словами, каждый четвертый пациент, который в общемедицинской практике был бы расценен как нуждающийся в консультации специалиста в связи с подозрением на УКР, оказывался бы здоровым, при этом только 5% пациентов с показателями УКР по МоСА не обнаруживали УКР по опроснику «УКР 7».

Далее выполнен анализ количества и особенностей ложноположительных и ложноотрицательных случаев при различных пороговых значениях балла по опроснику «УКР 7».

Исследование порогового значения по опроснику «УКР 7» 5 баллов

Группа с согласованными признаками УКР как по МоСА, так и по опроснику «УКР 7» (группа 1) составила 60 пациентов из 99. По опроснику 39 больных не имели признаков УКР, но могли как иметь, так и не иметь признаки УКР по МоСА (группа 2).

В первой группе женщин почти в 4 раза больше (47 женщин и 13 мужчин, средний возраст составил 62 ± 13 лет, а средний балл по МоСА составил $22,8 \pm 3,4$ балла).

Во второй группе большинство мужчин (22 мужчины и 17 женщин), средний возраст составил 56 ± 11 лет. Средний балл по МоСА составил $24,8 \pm 3,4$. В эту группу попали пациенты с признаками УКР по шкале МоСА: 15 баллов – 1 пациент, 17 – 1 пациент, 19 – 1 пациент, 20 – 1 пациент, 21 – 2 пациента, 22 – 1 пациент, 23 – 6 пациентов, 24 – 3 пациента и 25 – 5 пациентов.

Исследование порогового значения по опроснику «УКР 7» 4 балла

Группа с согласованными признаками УКР как по МоСА, так и по опроснику УКР-7 (группа 1) составила 74 пациента из 99; 25 больных не имели признаков по опроснику, но могли как иметь, так и не иметь признаков УКР по МоСА (группа 2).

В первой группе женщин более чем в 3 раза больше (55 женщин и 19 мужчин), средний возраст составил 61 ± 13 лет, а средний балл по МоСА – $23 \pm 3,6$.

Во второй группе мужчин большинство (16 мужчин и 9 женщин). Средний возраст составил 54 ± 11 лет. Средний балл по МоСА – 25 ± 3 балла. В эту группу попали пациенты

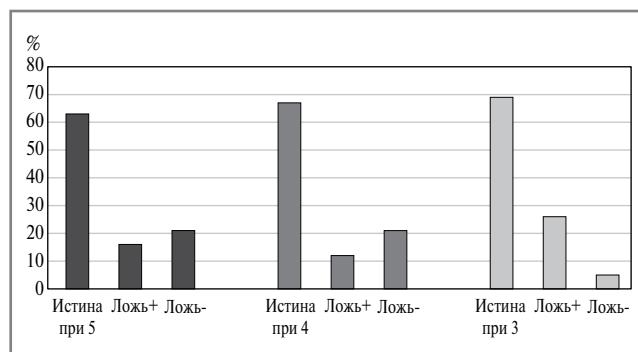


Рис. 1. Истинные и ложные ответы при различных пороговых значениях по опроснику «УКР 7».

Fig. 1. True and false responses at various threshold values according to the "MCI 7" questionnaire.

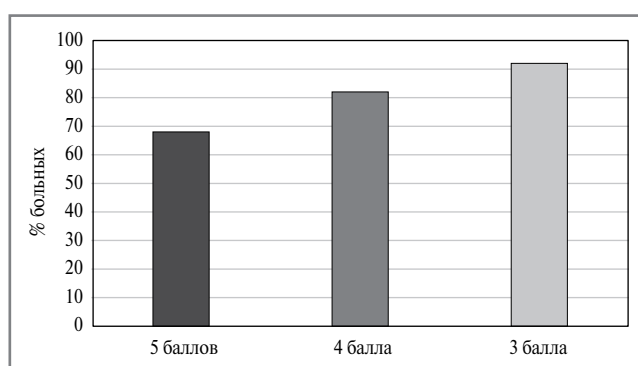


Рис. 2. Процент случаев УКР по МоСА, выявленных «УКР 7», при разных пороговых значениях.

Fig. 2. Percentage of MCI cases according to MoCA identified by "MCI 7" at different thresholds.

с признаками УКР по шкале МоСА. Они распределились следующим образом: 15 баллов – 1 пациент, 21 балл – 1 пациент, 23 балла – 5 пациентов, 24 балла – 2 пациента и 25 баллов – 3 пациента.

Исследование порогового значения по опроснику «УКР 7» 3 балла

Группа с согласованными признаками УКР как по МоСА, так и по опроснику «УКР 7» (группа 1) составила 86 пациентов из 99; 13 не имели признаков по опроснику, но могли как иметь, так и не иметь признаки УКР по МоСА (группа 2).

В первой группе женщин в 2,5 раза больше (62 женщины и 24 мужчины), средний возраст составил $60,5 \pm 13$ лет, а средний балл по МоСА – $23 \pm 3,5$.

Во второй группе подавляющее большинство – мужчины (11 мужчин и 2 женщины), средний возраст составил 54 ± 11 лет. Средний балл по МоСА – $25 \pm 3,5$. В эту группу попали пациенты с признаками УКР по шкале МоСА. Они распределились следующим образом: 15 баллов – 1 пациент, 23 балла – 2 пациента, 24 балла – 1 пациент и 25 баллов – 1 пациент.

Изменения в распределении больных в зависимости от выбранного порогового значения по опроснику «УКР 7» показаны на рис. 1 и 2.

Истина – результаты по МоСА и «УКР 7» совпадают. Ложь+ – результаты «УКР 7» указывают на наличие УКР,

результаты МоСа указывают на отсутствие УКР. Ложь – результаты «УКР 7» указывают на отсутствие УКР, результаты МоСа указывают на наличие УКР.

Таким образом, в качестве порогового балла по опроснику «УКР 7» для определения возможного наличия у пациента УКР определено значение, равное 3 баллам. Это позволяло не пропускать пациентов с нарушением когнитивного функционирования, хотя и в ¼ случаев давало ложноположительные результаты.

Психометрические свойства опросника

Корреляционный анализ показал, что общий балл по опроснику коррелирует с общим баллом по МоСа, но взаимосвязь эта слабая – $R = -0,34$ ($p < 0,05$).

Корреляционные взаимосвязи внутри опросника выявили, что наибольший вклад в общий балл вносят следующие пункты: «Меня беспокоит, что в последнее время у меня появилась рассеянность, быстрая утомляемость и ухудшилась память» – корреляции с общим баллом по опроснику $R = 0,72$, «В последнее время бывает, что в разговоре я не могу припомнить нужное слово» – $R = 0,70$ и «В последнее время я стал забывать, куда положил вещи (ключи, телефон, пульт)» – $R = 0,74$. Оценка опросника «УКР 7» по критерию Кронбаха показала его высокую внутреннюю согласованность: альфа Кронбаха равнялась 0,81, стандартизованная альфа 0,81.

Обсуждение

Потребность создания легкого в использовании инструмента для выявления больных с УКР обусловлена несколькими обстоятельствами: ростом числа случаев этого состояния, концентрации этих пациентов в медицинских учреждениях первичного звена, а также появлением новых средств лечения пациентов с УКР, которые при раннем выявлении состояния позволяют рассчитывать не только на отложенную на более длительный период трансформацию в деменцию, но и на возврат к нормальному в соответствии с возрастом когнитивному функционированию больных.

Наибольшее число имеющихся сегодня скрининговых инструментов направлены на выявление нарушений в функционировании больных и предлагают экспериментальные ситуации, в которых больной должен показать на практике, в какой степени сохранены или нарушены те или иные сферы его когниции.

Опросники применяются для иной задачи – оценить, насколько беспокоят больного его когнитивные проблемы, что в целом существенно ближе к диагностическим критериям существующих сегодня классификаций.

Опросников, направленных на выявление признаков УКР в самоотчете пациентов, немного. Наиболее распространенный опросник для самодиагностики когнитивного расстройства CDS состоит из 39 пунктов, многие его пункты требуют пояснений, в связи с чем заполнение опросника пациентом требует присутствия медицинского персонала. Но наиболее существенным его недостатком является отсутствие валидизации для русскоязычной популяции.

Предложенный опросник «УКР 7» значительно короче. Во многих тестах, например в CDS, предлагается оценить частоту возникновения признаков по 5-балльной шкале (никогда, редко, иногда, часто, всегда). Как правило, это усложняет задачу, вызывает затруднения у пациентов и дополнительные вопросы, занимающие время врача. Опросник «УКР 7» предлагает дихотомическое решение – оценка утверждений по принципу «да» или «нет». Стиль

вопросов максимально приближен к тому, в котором формулируют жалобы пациенты, поэтому смысл утверждений легко улавливается больными даже при значительном нарушении когнитивной функции. Его заполнение не требует присутствия медицинского персонала (может быть использован в период ожидания пациентом приема у врача), количественный обсчет результатов прост и может осуществляться как персоналом, так и самим пациентом. Результаты исследования показали, что приемлемость опросника «УКР 7» высокая.

Психометрические свойства опросника показали его хорошую внутреннюю согласованность и конструктивную валидность.

При исследовании наиболее адекватного целям, для которых создан опросник, порогового значения оказалось, что если пациент хотя бы на 3 вопроса отвечал положительно, показатели по МоСа в большинстве случаев свидетельствовали в пользу наличия УКР. Полученные данные указывали на существенную половую вариабельность в согласованности субъективного переживания когнитивной дисфункции и объективных показателей функционирования больных. Женщины значительно чаще негативно оценивали свое когнитивное функционирование по опроснику, показывая при этом высокие результаты в эксперименте (по МоСа).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать заключение, что предложенный опросник может применяться в учреждениях первичного звена здравоохранения без участия медицинского персонала для выявления большинства пациентов с подозрением на УКР и последующим более подробным обследованием выявленных больных у специалистов с использованием более специализированных и сложных методов обследования.

Ограничения

Опросник не позволяет выявить больных с УКР, если у пациента снижено осознание своих нарушений, нет жалоб на память, внимание и работоспособность. Есть половые различия в субъективной оценке своего когнитивного функционирования между мужчинами и женщинами.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Список сокращений

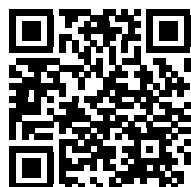
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
УКР – умеренное когнитивное расстройство
CDS – опросник для самодиагностики когнитивного расстройства

MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – Монреальская шкала оценки когнитивной функции

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Парфенов В.А. Ведение пациентов с когнитивными нарушениями. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(1):97-102 [Parfenov VA. Vedenie patsientov s kognitivnymi narusheniyami. *Nevrologiia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika*. 2023;15(1):97-102 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2023-1-97-102
2. World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization, 2019. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?sequence=17>. Accessed: 01.11.2023.
3. Petersen R, Smith G, Waring S, et al. Aging, memory, and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*. 1997;(9)1:65-9. DOI:10.1017/s1041610297004717
4. Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Турна Э.Ю., и др. Умеренные когнитивные расстройства в практике терапевта. *Возможности коррекции. Крымский терапевтический журнал*. 2016;2:23-5 [Kriuchkova ON, Itskova EA, Turna EYu, et al. Umerennye kognitivnye rasstroistva v praktike terapevta. *Vozmozhnosti korrektsii. Krymskii Terapevticheskii Zhurnal*. 2016;2:23-5 (in Russian)].
5. Сизова Ж.М., Воробьева О.В., Богатырева Л.М., и др. Умеренные когнитивные расстройства в практике врача-терапевта: диагностика и лечение. *Врач*. 2014;6:45-9 [Sizova ZhM, Vorob'eva OV, Bogatyreva LM, et al. Umerennye kognitivnye rasstroistva v praktike vracha-terapevta: diagnostika i lechenie. *Vrach*. 2014;6:45-9 (in Russian)].
6. Соколова Л.П., Шмырев В.И. Алгоритм терапевтических действий врача общей практики при легких и умеренных (додementных) когнитивных расстройствах. *Фарматека*. 2011;11:67-74 [Sokolova LP, Shmyrev VI. Algoritm terapevticheskikh deistvii vracha obshchei praktiki pri legkikh i umerennykh (dodementnykh) kognitivnykh rasstroistvakh. *Farmateka*. 2011;11:67-74 (in Russian)].
7. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. М.: Перо, 2021 [Kognitivnye rasstroistva u lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Moscow: Pero, 2021 (in Russian)].
8. Sabbagh M, Boada M, Borson S, et al. Early Detection of Mild Cognitive Impairment (MCI) in Primary Care. *J Prev Alzheimers Dis*. 2020;7(3):165-70. DOI:10.14283/jpad.2020.21
9. Galvin JE. Screening for Mild Cognitive Impairment: There Is the Will but Is There a Way? *The J Prev Alzheimers Dis*. 2020;7(3):144-5. DOI:10.14283/jpad.2020.16
10. Breton A, Casey D, Arnaoutoglou NA. Cognitive tests for the detection of mild cognitive impairment (MCI), the prodromal stage of dementia: Meta-analysis of diagnostic accuracy studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(2):233-42. DOI:10.1002/gps.5016
11. Gass CS, Patten B, Penate A, et al. The Cognitive Difficulties Scale (CDS): Psychometric Characteristics in a Clinical Referral Sample. *J Int Neuropsychol Soc*. 2021;27(4):351-64. DOI:10.1017/S1355617720001058
12. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. М.: Медицина, 1995 [Vsemirnaia organizatsiia zdavookhraneniia. *Mezhdunarodnaia klassifikatsiia boleznei i problem, sviazannykh so zdorovem. Desiatyi peresmotr*. Moscow: Meditsina, 1995 (in Russian)].
13. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):695-9. DOI:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
14. Dalrymple-Alford JC, MacAskill MR, Nakas CT, et al. The MoCA: Well-suited screen for cognitive impairment in Parkinson disease. *Neurology*. 2010;75(19):1717-25. DOI:10.1212/WNL.0b013e3181fc29c9
15. Cummings J, Schwartz GG, Nicholls SJ, et al. Cognitive Effects of the BET Protein Inhibitor Apabetalone: A Prespecified Montreal Cognitive Assessment Analysis Nested in the BETonMACE Randomized Controlled Trial. *J Alzheimers Dis*. 2021;83(4):1703-15. DOI:10.3233/JAD-210570

Статья поступила в редакцию / The article received: 03.11.2023



OMNIDOCTOR.RU